UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 N° 52

LA PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE CÉRÉBRO-SCLÉREUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Janvier 1911

PAR

Marie-Joseph-Ferdinand ROBERT

Né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 2 Mars 1886

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Examinateurs de la Thèse :

MM. RÉGIS	profes[r] adj[t]	*Président*
LANDE	professeur.	*Juges*
CHAMBRELENT	agrégé.....	
ABADIE	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C[ie]

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1911

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 N° 52

LA PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE CÉRÉBRO-SCLÉREUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Janvier 1911

PAR

Marie-Joseph-Ferdinand ROBERT

Né à Saint-Dennis (Ile de la Réunion), le 2 Mars 1886

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ACAD
IMPRIMÉ
BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM. RÉGIS	profes[r] adj[t]	*Président*
LANDE	professeur.	*Juges*
CHAMBRELENT	agrégé.....	
ABADIE	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C[ie]

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1911

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES ..... Doyen

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, PICOT, LANELONGUE, VERGELY, LAYET, BADAL, Professeurs honoraires

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN, PITRES	Matière médicale	BEILLE
Clinique externe	DEMONS, VILLAR	Médecine expérimentale	FERRÉ
Pathologie et thérapeutique générales	CASSAËT	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE
Clinique d'accouchements	LEFOUR	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	DENUCÉ
Anatomie pathologique	COŸNE	Clinique gynécologique	CHAVANNAZ
Anatomie	GENTÈS	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Anatomie générale et histologie	VIAULT	Chimie biologique	DENIGÈS
Physiologie	JOLYET	Physique pharmaceutique	SIGALAS
Hygiène	AUCHÉ	Pathologie exotique	LE DANTEC
Médecine légale	L. LANDE	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON
Chimie	BLAREZ		
Histoire naturelle	GUILLAUD		
Pharmacie	DUPOUY		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... MM. MOURE
Clinique des maladies mentales ..... RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. VERGER, ABADIE, CRUCHET | MM. PETGES, J. CARLES

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe : MM. VENOT, GUYOT, ROCHER | Accouchements : MM. CHAMBRELENT, PERY

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie : MM. PRINCETEAU, CAVALIÉ, AUBARET | Physiologie ..... MM. GAUTRELET
Histoire naturelle MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH | Pharmacie ..... MM. BARTHE, LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie ..... MM. MONGOUR
Médecine opératoire ..... BÉGOUIN
Accouchements ..... CHAMBRELENT
Physiologie ..... GAUTRELET
Ophtalmologie ..... N.
Clinique dentaire ..... CAVALIÉ
Anatomie et physiologie élémentaires (Etudiants en chirurgie dentaire et Elèves sages-femmes) ..... SELLIER

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Oncle

MONSIEUR FÉLIX CRÉPIN

Faible hommage de mon affection
et de ma reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Nous adressons l'expression de nos vifs remercîments à tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à notre travail et nous aider à le réaliser, notamment à M. le Professeur Régis qui a mis à notre disposition deux observations émanant de son service ; à M. le Professeur agrégé Abadie qui nous a également donné une observation et nous a fourni l'occasion d'en recueillir deux, nous-même, sur des malades venus à sa consultation, qui nous a indiqué les principaux documents ayant trait à notre thèse et surtout qui nous a encouragé dans la tâche que nous avions entreprise et ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, ni les ressources de son expérience et de son érudition ; à M. le Professeur agrégé Mongour qui fut toujours si aimable pour nous et nous a nourri du suc abondant de ses bienveillantes et bienfaisantes critiques ; à M. le Dr Anglade qui nous a fait profiter dans une si large mesure de sa science de la clinique et du laboratoire, et nous a confié, lui aussi, une observation utile à notre cause ; à M. le Dr Lalanne auprès duquel nous avons trouvé un si charmant accueil et dont les talents de polyglotte ont enrichi notre bibliographie d'un de ses documents les plus précieux.

M. le Professeur Régis, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix : qu'il reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

On a beaucoup discuté, en ces dernières années, sur la question de savoir si la paralysie générale devait être considérée comme une maladie ou comme un syndrome.

Les uns, partisans de la maladie et fidèles à la tradition, continuaient à décrire une paralysie générale vraie, la méningo-encéphalite diffuse, et pour les affections qui pouvaient la simuler créaient un groupe à part, le groupe des pseudo-paralysies générales. Les autres disaient : la paralysie générale n'est qu'un syndrome et ce syndrome n'est pas le monopole de la méningo-encéphalite diffuse ; bien au contraire, il peut traduire cliniquement toutes les lésions cortico-méningées, quelle qu'en soit la nature, pourvu du moins qu'elles soient *diffuses*. Et ils ajoutaient : la plupart des affections du système nerveux, jadis entités morbides, sont aujourd'hui devenues des syndromes. Pourquoi la paralysie générale ferait-elle exception dans cette commune transformation des neuropathies? Pourquoi ferait-elle aussi exception à cette grande loi de pathologie nerveuse d'après laquelle les symptômes sont fonction non pas tant de la *nature* que de la *localisation* des lésions et pourquoi des lésions à *localisation diffuse* dans le cortex, qu'elles appartiennent à la méningo-encéphalite classique, à la tuberculose, à l'alcoolisme, etc., ne seraient-elles pas capables de déclancher le même tableau clinique : le syndrome paralytique ?

La question n'est pas encore tranchée et les discussions

continuent. Nous éviterons cependant de prendre position dans la bataille et voici pourquoi :

Désirant nous renseigner sur les débats en cours, nous avons d'abord cherché dans les meilleurs auteurs la définition du mot syndrome et nous avons constaté que ceux-là mêmes qui l'employaient le plus volontiers évitaient cependant de le définir. Etait-ce donc là une de ces expressions médicales, comme « dyscrasie », « lymphatisme », « diathèse » dont il faut, contrairement au mot célèbre, parler toujours sans les penser jamais ? Non, car en cherchant mieux, nous découvrîmes tout de même quelques pathologistes qui s'étaient essayés à une définition. Mais il apparaissait qu'ils ne s'étaient point inspirés les uns des autres, car leurs définitions différaient fort, tant et si bien qu'au bout du compte il y avait autant de significations du mot syndrome que de gens à en donner... Pouvions-nous raisonnablement nous faire le champion d'un terme dont nous n'étions pas sûr de tenir le sens exact ?

Alors, fallait-il passer dans l'autre camp et devions-nous parler, nous aussi, pour la paralysie générale vraie et les pseudo-paralysies générales ? Mais ici un mot terrible nous arrêtait, celui du professeur Pierret (de Lyon) : « Il n'y a pas de pseudo-paralysies générales, il y a des pseudo-diagnostics ». Que penseraient de nous nos maîtres chargés de nous donner l'investiture si nous prétendions entrer dans la carrière en faisant des pseudo-diagnostics !...

Et enfin, faut-il l'avouer, nous ne saisissions pas très bien l'intérêt qu'il y a à se battre au sujet de mots, à ergoter sur des appellations. Peut-être, au fond, tous ceux qui discutaient, qui discutent encore, n'étaient-ils pas loin de s'entendre et se voyaient-ils en désaccord, faute de définitions préalables.

Quoi qu'il en soit, il nous reste à exposer pourquoi nous avons donné à notre travail le titre de pseudo-paralysie générale d'origine cérébro-scléreuse et quelle signification nous réservons à cette expression qui semble évidemment contredire la réserve que nous nous sommes imposée. Mais, avant

tout, efforçons-nous de voir derrière les mots des idées et à ne juger que des faits. Or les faits, les voici :

Il existe des malades qui présentent une démence globale et progressive, avec ou sans délire, et une déchéance physique également progressive, caractérisée au début et pendant longtemps par des troubles ataxiformes de la motilité et dans la période terminale seulement par de l'impotence véritable des membres. Démence et déchéance physique aboutissent rapidement, en une, deux, trois années environ, au marasme et finalement à la mort. A l'autopsie, on trouve des lésions caractéristiques, telles qu'adhérences des méninges, granulations épendymaires, diapédèse périvasculaire, prolifération intense de la névroglie selon un certain mode (pour ne citer que les principales). Ces caractères anatomo-pathologiques joints aux symptômes cliniques énumérés plus haut suffisent amplement à différencier ces malades, à en faire une catégorie à part ; ce sont presque tous d'anciens syphilitiques et des gens encore dans la force de l'âge ; tous les médecins les connaissent et les reconnaissent ; on les dénomme paralytiques généraux ; si le terme est impropre, il est consacré par l'usage ; chacun sait de quoi il s'agit et quand on parle de paralysie générale il n'y a de confusion pour personne.

Mais à côté de cette paralysie générale typique, que Bayle a le premier décrite en 1822, il y a des états morbides d'une autre nature et d'une autre pathogénie et qui sont susceptibles de lui ressembler plus ou moins. Ces états peuvent être sous la dépendance de causes diverses et avoir pour substratum des processus anatomo-pathologiques différents. Les uns sont dus à la tuberculose et comportent comme lésions des granulations méningées ; les autres tirent leur étiologie de l'alcoolisme et ont pour base histologique des dégénérescences cellulaires et vasculaires d'un ordre particulier. Mais tous ont ceci de commun qu'ils peuvent, à tel ou tel moment de leur évolution clinique, revêtir le masque de la paralysie générale et donner le change plus ou moins complètement.

C'est alors que les uns parlent de pseudo-paralysie générale, tandis que les autres, alléguant l'identité quelquefois presque absolue des deux tableaux cliniques, voient dans l'un et l'autre cas un même syndrome actionné par des causes différentes.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que la paralysie générale peut être simulée plus ou moins fidèlement par d'autres maladies et d'autres intoxications. Nous n'avons jusqu'alors cité que l'alcoolisme et la tuberculose ; mais on a également décrit des pseudo-paralysies générales saturnine, pellagreuse et arthritique. C'est à l'étude de cette dernière (1) que nous voulons apporter, à notre tour, notre modeste contribution. Respectueux de l'usage, nous lui conservons son titre de *pseudo-paralysie* pour la laisser dans la série des types semblables, saturnin, tuberculeux, etc., qui forment un groupe connu et repéré : mais ce terme de pseudo-paralysie n'a que la valeur d'une étiquette, d'un signe d'identité, et il n'implique nullement une conception doctrinale. Nous ne pouvons cependant continuer à l'appeler *arthritique*, à l'exemple de Klippel. L'arthritisme est encore une de ces choses vagues sur lesquelles l'entente n'est pas faite et qui, somme toute, ne signifie pas grand'chose. Nous préférons l'appeler *artério-scléreuse*, car elle est en rapport sinon de cause à effet du moins de concomitance avec l'artério-sclérose du cerveau, ou *cérébro-scléreuse*, car elle coïncide presque toujours avec les manifestations cliniques de cette cérébro-sclérose lacunaire progressive qui a été décrite par Grasset dans le centre ovale et les noyaux opto-striés des athéromateux cérébraux.

Et il nous a paru intéressant d'apporter, après bien d'autres, des observations démontrant que l'artério-sclérose peut copier la symptomatologie de la paralysie générale. Cette dernière, en effet, n'est plus une maladie d'asile, mais de

(1) Ceci n'est pas très exact : mais n'embrouillons pas davantage la question. Au chapitre du diagnostic, nous reviendrons sur ce point et nous préciserons notre pensée.

clientèle ; son diagnostic n'est plus l'apanage des spécialistes, mais tous les médecins praticiens savent la rechercher et la recherchent. Or, dans leur ardeur à la dépister dans tous les milieux, ils risquent de la trouver là où elle n'est pas et de prendre pour des paralytiques généraux de simples cérébro-scléreux. Et l'erreur de diagnostic est grave, car le pronostic de ceux-ci n'est plus le pronostic de ceux-là, et tandis que dans un cas on peut instituer un traitement, dans l'autre la thérapeutique est totalement désarmée.

Les observations que nous offrons à la critique sont toutes inédites, sauf une. Plusieurs concernent des malades qui ont pu faire hésiter quelque temps, quelques heures, quelques jours même le diagnostic des maîtres que nous suivons. Nous en publions certaines *in extenso*. Nous n'ignorons pas qu'elles comportent des détails qui nuisent à l'harmonie du tableau symptomatique. Mais nous estimons que ces contradictions en font justement l'intérêt ; elles montrent le malade tel qu'il est, dans la complexité de son cas clinique. Nous n'avons qu'un désir et qu'une ambition : c'est qu'elles permettent à des discussions ultérieures, plus compétentes que la nôtre, de revenir et de s'exercer sur les faits que nous aurons signalés.

DIVISION DU SUJET

Il nous a paru indispensable à la clarté de notre démonstration de rappeler d'abord brièvement les notions acquises jusqu'à aujourd'hui, concernant les manifestations cérébrales de l'artério-sclérose autres que la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse : c'est l'objet du chapitre I.

Le chapitre II est consacré à l'historique de cette pseudo-paralysie cérébro-scléreuse ou, plus exactement, à l'examen des opinions émises jusqu'à nos jours sur les rapports de l'artério-sclérose cérébrale et de la paralysie générale.

Le chapitre III comprend les observations, base de notre thèse ; celles-ci sont réparties en deux groupes : le groupe des cas avec ponction lombaire (il y en a trois), et le groupe des cas sans ponction lombaire (il y en a quatre).

Le chapitre IV analyse ces observations et s'efforce de prouver d'abord qu'elles présentent le tableau de la paralysie générale, ensuite que ce tableau est sous la dépendance non pas de la méningo-encéphalite diffuse, mais de la cérébro-sclérose.

Le chapitre V discute le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse.

Le chapitre VI expose les données anatomo-pathologiques ayant trait à cette pseudo-paralysie cérébro-scléreuse.

Le chapitre VII traite de l'évolution et du pronostic.

Le chapitre VIII envisage le traitement que l'on peut appliquer.

CHAPITRE PREMIER

Résumé des connaissances actuelles sur les manifestations cérébrales de l'artério-sclérose

En général, on emploie indistinctement les termes d'artério-slérose ou d'athérome pour désigner les altérations histologiques et les symptômes cliniques des artériopathies chroniques. Cependant certains auteurs, dont P. Londe (1), préfèrent réserver la dénomination d'artério-sclérose à la dégénérescence fibreuse des petites artères (artériolite chronique) et celle d'athérome à la calcification plus ou moins avancée des grosses artères (artérite chronique), tandis que d'autres, Huchard (2), par exemple, font de l'athérome une lésion et de l'artério-sclérose une maladie. Quoi qu'il en soit, et puisque ces distinctions ne sont pas universellement dégagées et admises par tous, nous continuerons, dans le cours de ce travail, à parler indifféremment d'artério-sclérose ou d'athérome lorsque nous aurons en vue les manifestations scléreuses de l'arbre vasculaire centrifuge.

L'artério-sclérose peut intéresser simultanément ou isolément tous les districts du réseau artériel; elle peut aussi s'attaquer aux organes internes et y déterminer des scléroses viscérales. Le cerveau, loin de faire exception dans cette répartition, est un des parenchymes le plus souvent atteints. L'artério-sclérose cérébrale peut coïncider avec la sclérose

(1) P. Londe, Article « Artério-sclérose », *in* Pratique médico-chirurgicale.

(2) Huchard, Rapport sur les formes cliniques de l'artério-sclérose au X[e] Congrès de médecine interne, tenu à Genève du 3 au 5 septembre 1908. *Semaine médicale*, 9 septembre 1908, p. 435.

des artères périphériques et les diverses scléroses viscérales : c'est ce qui arrive habituellement ; mais elle peut aussi rester isolée et ne s'accompagner aucunement de l'atteinte des autres territoires artériels.

L'artério-sclérose encéphalique frappe le plus ordinairement les branches du polygone de Willis (basilaire, cérébrale antérieure, sylvienne, cérébrale postérieure) que l'on trouve souvent, à l'autopsie, farcies de plaques athéromateuses plus ou moins étendues et plus ou moins confluentes. Elle sévit aussi sur les artères de moindre importance, rameaux des précédentes, dont elle détermine la transformation scléreuse. Aux plus fines artérioles elle préfère réserver un processus de dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse.

Les conséquences anatomo-pathologiques de ces lésions vasculaires sont de deux ordres :

1° Les conséquences mécaniques ou vasculaires, dues aux altérations pariétales des artères.

2° Les conséquences trophiques dues aux troubles de nutrition des territoires irrigués par ces artères malades.

A) Conséquences mécaniques ou vasculaires. — Ce sont d'abord les *anévrismes miliaires* appendus aux artérioles (surtout dans la capsule interne, la capsule externe et les noyaux opto-striés) : les artérioles, dont les parois adultérées sont devenues moins résistantes, se sont laissé distendre en certains points sous l'influence de la poussée sanguine et ainsi se sont formées des poches anévrismales.

Ce sont aussi des *hémorragies*, plus ou moins importantes, dues soit à l'éclatement d'une de ces poches par suite d'une hypertension sanguine momentanée ou continue, soit à la rupture d'une artériole ordinaire dégénérée, plus friable et mal soutenue par la raréfaction des tissus voisins.

B) Conséquences trophiques. — Les vaisseaux sclérosés peuvent se thromboser : au niveau d'une plaque athéromateuse une coagulation sanguine se forme ; si elle est assez volumineuse pour obstruer complètement et définitivement

la lumière de l'artère, le territoire cérébral qu'irrigue cette dernière, ischémié, dégénère et meurt rapidement; c'est qu'en effet le caractère terminal des artères cérébrales lui défend de recevoir les apports nutritifs nécessaires d'un afflux collatéral des réseaux vasculaires voisins : c'est là le phénomène du *ramollissement cérébral*, qui reconnaît plus rarement pour cause une embolie, dans l'artério-sclérose encéphalique.

Mais la thrombose peut être incomplète et rétrécir seulement le calibre du vaisseau : celui-ci peut aussi être diminué — en dehors de toute thrombose — du seul fait de la sclérose pariétale qui est toujours rétractile ; ou bien encore, les tuniques artérielles qui ont perdu leur élasticité ne peuvent plus aider le travail du myocarde et chasser vers la périphérie, en revenant sur elles-mêmes, l'ondée sanguine qu'il leur a confiée ; et enfin, les capillaires dégénérés peuvent être moins perméables aux échanges nutritifs entre le sang et les tissus ambiants : pour toutes ces raisons et sans qu'il y ait ramollissement, les éléments histologiques souffrent autour d'un vaisseau scléreux ; les cellules nerveuses, plus délicates parce que plus hautement différenciées, pâtissent davantage que la névroglie interstitielle ; et tandis que celles-là dépérissent, celle-ci, que les privations semblent stimuler, exciter, fouetter, prolifère et son extension détermine la déchéance plus rapide des éléments nobles qu'elle enserre, étouffe, dont elle prend finalement la place.

Ainsi se constituent dans le cerveau, au voisinage des vaisseaux fibreux, des foyers, des traînées de sclérose comme il s'en forme dans le foie, dans le cœur, dans le rein autour des artères dégénérées. Mais tandis que la sclérose de ces viscères, dont le tissu de soutien est un tissu conjonctif, est une sclérose conjonctive, dans les centres nerveux où le tissu conjonctif n'existe pour ainsi dire pas et où c'est la névroglie qui remplit le rôle de soutien, la sclérose est une sclérose névroglique.

Différents types et différentes localisations ont été décrits

de cette sclérose névroglique. D'abord elle peut être diffuse dans tout le cerveau ; plus souvent elle est localisée selon certains modes. Tantôt, c'est la sclérose miliaire du manteau cortical: cette sclérose est superficielle, en nappe, ou bien enfonce dans la profondeur des coins qui atteignent rarement cependant la substance blanche. Tantôt c'est l'*encéphalite chronique subcorticale* de Binswanger, avec atrophie très marquée de la substance blanche et intégrité relative de la substance grise. Ailleurs, c'est la *gliose périvasculaire d'Alzheimer* qui dissémine ses foyers nécrobiotiques aussi bien dans le cortex que dans le centre ovale.

Dans d'autres cas, enfin, il semble que la prolifération névroglique n'ait pas marché assez vite pour compenser la perte de substance due à l'atrophie et à la disparition des éléments nobles. Il en résulte des vides, des solutions de continuité. Siègent-elles dans l'intérieur du cerveau, ce sont les *foyers de désintégration de Ferrand et Marie* ou l'*état criblé de Duran-Fardel.* Intéressent-elles, au contraire, la périphérie des circonvolutions, ce sont les *foyers d'état vermoulu* de Marie, en rapport avec l'altération des artères courtes piales chargées d'irriguer le manteau gris.

Telles sont, résumées très brièvement, les lésions, immédiates ou dérivées de l'artério-sclérose encéphalique. Les manifestations cliniques qui correspondent à chacune d'elles ne sont pas encore débrouillées. Il est peu probable d'ailleurs qu'on arrive jamais à préciser quelle prédominance symptomatique est la conséquence de telle ou telle forme anatomique ; c'est qu'en effet ces lésions restent rarement isolées ; presque toujours elles se juxtaposent et s'associent selon des proportions variables et des modalités diverses. En outre, l'intensité des symptômes n'est pas fatalement en raison de l'accentuation des lésions et des troubles sérieux peuvent fort bien se montrer à une époque où les altérations vasculaires, légères, n'ont pas encore retenti sur les tissus circumvoisins. Telle aphasie transitoire, telle hémiplégie fugace sera le fait d'une simple anémie cérébrale passagère,

d'un spasme de la sylvienne encore presque saine, spasme qui, en restreignant l'apport sanguin dans les circonvolutions du langage et de la motricité, les inhibe au point de vue physiologique, les supprime fonctionnellement.

Nous décrirons donc très rapidement la symptomatologie de l'artério-sclérose cérébrale, sans nous préoccuper de l'ordre que nous avons suivi en rappelant les principales caractéristiques anatomo-pathologiques, et nous distinguerons avec Alzheimer une forme légère et des formes graves.

A) La *forme légère* comporte des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, une céphalée à prédominance occipitale (quoi qu'en dise Alzheimer) et qui s'exacerbe lors des efforts, une perte de mémoire progressive, de l'inaptitude au travail intellectuel, une fatigue physique plus ou moins rapide, quelquefois une ébauche de Cheyne-Stokes.

Cette forme peut rétrocéder sous l'influence d'une hygiène, d'un régime et d'une médication appropriés ou bien faire place à l'une des formes suivantes.

B) Les *formes graves* peuvent se traduire par différents types.

D'abord si l'artério-sclérose cérébrale se complique d'hémorragie ou de ramollissement importants, nous aurons le tableau de l'ictus apoplectique avec les séquelles que l'on connaît ; celles-ci seront constituées par des symptômes en foyer conditionnés par la situation de l'artère dont la rupture ou la thrombose seront en jeu : ce seront des troubles psychiques, une monoplégie ou une paraplégie incomplète d'origine lobulaire paracentrale si c'est la cérébrale antérieure ; une monoplégie plus accentuée, de l'aphasie si c'est la cérébrale moyenne ; une hémianopsie, de la cécité verbale ou psychique, des troubles de l'orientation topographique si c'est la cérébrale postérieure ; une hémiplégie permanente si c'est une artère de la capsule interne, transitoire si c'est une artère de la capsule externe.

Mais ces mêmes symptômes peuvent appartenir à la sclérose cérébrale, sans hémorragie, ni ramollissement : un simple

état lacunaire, une simple sclérose disséminée peuvent les produire, un simple spasme artériel, comme nous l'avons vu plus haut. Dans ces cas, cependant, les phénomènes sont beaucoup plus discrets, estompés ; les hémiplégies ne sont jamais complètes et totales : ce sont plutôt des hémiparésies et elles sont souvent transitoires ; les aphasies sont frustes et plus fréquemment sensorielles que motrices, car la cérébro-sclérose a une prédilection pour le lobe temporal ; la paraphasie et l'amnésie d'évocation des mots sont loin d'être rares.

Quoi qu'il en soit, nous n'envisagerons que les types cliniques de la cérébro-sclérose pure, sans complications et nous décrirons séparément les types somatiques et les types psychiques. Mais il reste bien entendu que ces types ne peuvent être isolés qu'artificiellement, pour la commodité de la description et que, dans la réalité de chaque jour, ils se combinent constamment pour former des complexus symptomatiques où il est difficile de discerner la part exacte qui revient à l'un et celle qu'il faut accorder à l'autre.

A) Types somatiques

1° *Type à ictus apoplectiformes récidivants.* — Ces ictus sont en général légers, incomplets, passagers. Ils peuvent se renouveler souvent. Parfois ce sont de véritables attaques apoplectiformes avec perte de connaissance, parfois de simples vertiges plus ou moins violents, un éblouissement, un dérobement des jambes. Entre les uns et les autres il y a une gradation infinie. Ils peuvent se dissiper sans laisser de traces ; souvent au contraire ils sont suivis de cette aphasie sensorielle ou de cette hémiparésie dont nous avons parlé tout à l'heure. L'hémiparésie s'accompagne presque toujours d'exagération des réflexes tendineux et souvent de diminution du sens stéréognostique avec signe de Babinski du même côté du corps. Parfois cette hémiparésie ne se traduit que par de la maladresse d'une main ou la lourdeur d'une

jambe. D'autres fois, cette hémiparésie est double, par suite de lésions successives dans les deux hémisphères. Si les symptômes prédominent dans les membres inférieurs, on a la parésie spasmodique de Pic (faiblesse avec contracture des membres inférieurs), souvent simulée par une sorte d'inhibition musculaire due à ce que le cérébro-scléreux craint de ne plus pouvoir marcher. Il en résulte des phénomènes complexes et variés d'astasie-abasie.

Ces ictus successifs sont encore susceptibles de laisser à leur suite de la démarche à petits pas et en traînant les pieds, de l'embarras de la parole, des paresthésies, de la difficulté des mouvements combinés. Mais ces troubles peuvent aussi n'avoir été précédés d'aucun ictus. La marche à petits pas, la pointe du pied raclant le sol, est un signe d'altération des voies d'association motrice; volontairement le sujet est capable de faire l'effort nécessaire pour soulever le pied et la jambe, mais il ne l'accomplit pas dans la marche automatique.

2° *Type pseudo-bulbaire.* — Il ne peut être réalisé que par des lésions bilatérales des hémisphères, à cause de la double innervation de chaque moitié symétrique de la face, de la langue et du larynx par des fibres venant à la fois de l'une et de l'autre moitié du cerveau. Ce type se constitue lui aussi d'habitude progressivement, à la suite d'ictus répétés. La face est immobile et inexpressive; souvent la salive s'écoule par les commissures de la bouche restée entr'ouverte, ce qui accentue l'aspect hébété du sujet. La langue a perdu de sa mobilité. Le voile du palais, parésié, pend, inerte. Les premiers temps de la déglutition sont pénibles. La glotte est parésiée et le malade s'essouffle vite quand il parle. Il y a en outre dysarthrie, quelquefois même anarthrie ou aphasie d'intonation et crises de rire et de pleurer spasmodiques.

3° *Type épileptique, avec crises d'épilepsie parfois partielle mais le plus souvent généralisée.* — Ce type est surtout en rapport avec les taches de sclérose miliaire et les foyers d'état vermoulu où la prolifération névroglique, en irritant

les cellules pyramidales, détermine des convulsions plus ou moins violentes. La plupart des cas d'épilepsie sénile n'ont pas d'autre origine.

4° Un type simulant la *sclérose en plaques* et auquel Naunyn a donné le nom de « pseudo-sclerosis multiplex senescentium ».

5° Enfin un type, encore mal connu, qui peut se traduire par de *l'abasie trépidante* ou *choréiforme*.

B) Types psychiques

1° Il y a d'abord le *type neurasthéniforme* ou *mélancolique présénile*, sur lequel M. le Professeur Régis est un des premiers à avoir attiré l'attention et sur la fréquence duquel il insiste beaucoup dans son enseignement clinique.

2° Le *type démentiel* ou *pseudo-démentiel* de Ladame et de Binswanger, avec affaiblissement généralisé du fonds mental (intelligence, affectivité, volonté) : amnésie, paresse de l'idéation et de l'association des idées, diminution notable du pouvoir d'attention et de concentration, perversion du jugement, appauvrissement de l'imagination, effacement des sentiments affectifs ou, au contraire, sensiblerie, émotivité exagérée et enfin aboulie plus ou moins accentuée.

3° Le *type confusionnel*, avec semi stupeur, entrecoupée ou non de raptus hallucinatoires.

4° Le *type catatonique*, avec « accès de catalepsie plus ou moins marquée et durable, caractérisés par un état mental d'inertie passive et de docilité obéissante en vertu duquel les malades se prêtent à toutes les attitudes qu'on leur imprime et les conservent fort longtemps sans ressentir de fatigue, sans manifester d'impatience, sans marquer d'étonnement » (1).

5° Le *type délirant*, avec délire puéril de persécution ou de préjudice, plus rarement de grandeurs, associé à des

(1) Dupré, Psychopathies organiques. *In* Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet.

idées hypocondriaques. Le délire onirique est également fréquent chez les artério-scléreux avancés qui sont au seuil de la démence sénile.

D'ailleurs, ces trois derniers types appartiennent de préférence aux artério-scléreux âgés, à la période ultime de la démence artério-sclérotique qui est presque toujours la préface de la démence sénile.

Nous avons déjà dit et nous répétons que ces types cliniques existent rarement purs et qu'ils ne peuvent être envisagés séparément que pour la clarté de l'exposition. Ils s'intriquent presque toujours dans des rapports variables et délicats à préciser pour constituer un kaléidoscope d'états cliniques particuliers, différant d'un sujet à l'autre et chez le même sujet, d'une période à l'autre de sa maladie.

Or, il peut arriver que ces types cliniques se combinent de telle sorte qu'ils déterminent un tableau en tout point comparable à celui de la méningo-encéphalite, un tableau pseudo-paralytique. Prenons, en effet, à nos types psychiques la démence artério-sclérotique ; associons-la, chez un même sujet, aux troubles ataxiformes et dysarthriques de tel et tel type somatique et ce sujet ressemblera à s'y méprendre à un paralytique général.

Et c'est à montrer que cette combinaison n'est pas une hypothèse gratuite et sans fondement, un jeu facile de l'imagination, mais bien une réalité vivante et souvent troublante pour le clinicien, que nous avons consacré notre étude et destiné les observations contenues dans notre travail.

Mais, tout d'abord, examinons quelles ont été les différentes opinions émises jusqu'à nos jours sur les rapports de l'artério-sclérose cérébrale et de la paralysie générale.

CHAPITRE II

Historique des opinions émises sur les rapports de l'artério-sclérose cérébrale et de la paralysie générale.

Les rapports entre la paralysie générale et l'artério-sclérose cérébrale, entrevus par Brierre de Boismont (1) et par Marcé (2), semblent avoir été énoncés nettement, pour la première fois, en 1879, par Voisin (3). Cet auteur décrit, dans son *Traité de la paralysie générale des aliénés*, une forme de paralysie générale liée à l'athérome artériel. Il l'appelle paralysie générale sénile. Les troubles intellectuels et les phénomènes somatiques sont les mêmes que ceux de la paralysie générale classique (les derniers, cependant, un peu moins marqués que dans la maladie de Bayle). Mais cette opinion — qui est presque exactement celle que nous soutenons aujourd'hui — devait être vivement combattue par la suite et la conception de Voisin devait être singulièrement modifiée par ceux qui allaient la reprendre.

(1) Brierre de Boismont, dans une de ces fameuses séances de la Société de médecine où l'unité de la paralysie générale était si vivement discutée, répondit, le 20 mars 1846, à Baillarger, qui soutenait l'existence fréquente de la paralysie générale sans aliénation parmi ses malades de la Salpêtrière, que la paralysie des vieillards vus à la Salpêtrière doit être distinguée de cette paralysie souvent incomplète qui s'empare des malades à fleur d'âge.

(2) Marcé, Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale. Paris, 1863.

(3) A. Voisin, Traité de la paralysie générale des aliénés. Paris, 1879.

Cullerre (1), notamment, en 1882, s'élève contre cette manière de voir : l'athérome artériel ne peut à lui seul constituer une forme de paralysie générale. Cela lui « semble contraire à la doctrine de l'unité de la paralysie générale ». Etrange argument ! Comme si la doctrine de l'unité de la paralysie générale, une vue de l'esprit, pouvait prévaloir contre la réalité des faits cliniques !... Il existe cependant pour lui « une forme mixte, tant par suite des lésions anatomiques qui sont doubles que par suite des symptômes qui tiennent à la fois des deux maladies, tout en paraissant se rapprocher davantage de l'une ou de l'autre, suivant les cas ». Cullerre admet donc la possibilité pour la paralysie générale et l'athérome de coexister ; mais chacun évolue pour son propre compte et il n'y a entre eux aucun rapport de cause à effet.

Cette opinion devait être fréquemment reprise par la suite. Nous n'y insisterons pas davantage. Au fond, elle n'est guère intéressante : il est évident que le cerveau, comme tous les autres organes de l'économie, peut être le théâtre simultanément de deux processus pathologiques différents et absolument indépendants l'un de l'autre. Aussi bien, quand nous parlons des rapports de la méningo-encéphalite diffuse et de l'artério-sclérose cérébrale, entendons-nous par là non pas les simples rapports de concomitance, mais la faculté pour l'une de simuler l'autre, du moins de lui emprunter son aspect clinique,

En 1891, Klippel (2) ne craint pas de porter un coup au dogme, sacré pour Cullerre, de l'unité de la paralysie générale (3). Klippel, en effet, distingue trois groupes de paralysies générales :

(1) Cullerre, La démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune. *Annales médico-psychologiques*, 1882.

(2) Klippel, Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale. Classification histologique des paralysies générales. *Arch. de méd. expérim.*, 1891.

(3) Et qui avait d'ailleurs subi, à d'autres points de vue, des assauts aussi violents que répétés.

1° Les paralysies générales vraies.

2° Les paralysies générales associées (c'est-à-dire compliquées d'autres lésions cérébrales, tubercules, gomme, *athérome,* etc.). Avec ce groupe, Klippel rentrait donc, du moins en ce qui concerne la paralysie générale compliquée d'athérome, dans la forme décrite par Cullerre. Mais il allait plus loin et différenciait :

3° Les pseudo-paralysies générales où les lésions associées du deuxième groupe existent seules, sans participation de celles du premier. Ainsi donc, Klippel isolait à son tour une pseudo-paralysie générale où les lésions athéromateuses existaient seules *macroscopiquement*. Mais ce n'était plus déjà la conception de Voisin. Klippel, en effet, dans ses travaux ultérieurs (1) devait préciser sa pensée. Certes, dans ce type de pseudo-paralysie, l'athérome des artères cérébrales est la seule modification anatomique que l'œil nu aperçoive à l'autopsie du cerveau. Mais il s'en faut que ce soit la seule lésion. Le microscope décèle, au contraire, une dégénérescence profonde, granulo-graisseuse, des capillaires des hémisphères en même temps qu'une atrophie intense des cellules ganglionnaires de l'écorce. L'athérome entre certainement pour une part dans le déterminisme de ces lésions; mais elles sont bien davantage encore sous la dépendance de l'arthritisme, dont l'athérome artériel n'est qu'une manifestation. L'athérome des artères cérébrales témoigne de l'arthritisme, qui a modifié le cortex; il est la carte de visite de l'arthritisme dans le cerveau, mais il n'est pas ou il est très peu son intermédiaire dans la constitution des lésions microscopiques du manteau gris signalées plus haut. Et telle est la conviction de l'auteur sur ce point qu'il intitule sa pseudo-paralysie géné-

(1) Klippel, De la pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de médecine*, 1892. — Formes spéciales de la paralysie générale. *Arch. de méd. expérim.*, 1894. — Les paralysies générales progressives. L'Œuvre médico-chirurgicale, octobre 1898. — La pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de psychiatrie*, décembre 1899. — Histologie de la paralysie générale. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, 1903.

rale liée à l'athérome des artères de la base : *pseudo-paralysie générale arthritique* (1). Et la différence n'est pas négligeable qui sépare la *pseudo-paralysie générale arthritique* de la *paralysie générale sénile* de Voisin.

C'est dans le même sens que Klippel inspirera, en 1900, la thèse de Conso (2), qui apportera dans la discussion des observations nouvelles, mais non de nouvelles idées.

La question, comme on le voit, commençait à se compliquer et les Allemands n'avaient pas encore parlé.

Ils ne devaient pas tarder davantage : En 1895, Alzheimer (3), de Francfort, dans un Congrès de médecins aliénistes allemands à Dresde, devait, à son insu, intervenir dans le débat et lui donner une tournure nouvelle. Il décrit, dans une communication extrêmement intéressante, une atrophie artério-scléreuse du cerveau dont le tableau clinique a été jusqu'alors confondu, dit-il, avec celui de la paralysie générale. Il s'en distingue cependant, mais les éléments de diagnostic différentiel que conseille l'auteur tiennent à si peu de chose qu'il donne par là même une preuve de la difficulté à différencier parfois ces deux états pathologiques. Il insiste davantage et avec plus de succès sur les distinctions anatomo-pathologiques : il signale la dégénérescence artério-scléreuse des vaisseaux dans la nouvelle affection qu'il décrit, une faible altération de la pie-mère, du cortex et du centre ovale ; ce dernier est parcouru par des bandes jaunâtres qui ne sont autres que les vaisseaux, à gaines lymphatiques dilatées, escortés de traînées névrogliques. Le tissu de soutien a partout activement proliféré ; mais, en général, il s'est condensé en plaques.

(1) Dans une lettre que l'éminent psychiatre nous fit l'honneur de nous écrire ces jours-ci, il nous dit : « J'ai cessé d'employer le terme de pseudo-paralysie générale arthritique et je dis seulement paralysie générale arthritique, parce que le premier terme laissait supposer que le syndrome clinique de la paralysie générale n'était pas parfait dans cette forme. »

(2) Conso, La pseudo-paralysie générale arthritique. Thèse de Paris 1900.

(3) Alzheimer, Die arteriosclerotische Atrophie des Gehrins. Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte, zu Dresden am 21 und 22 September 1894.

La communication d'Alzheimer ne paraît pas rencontrer un accueil enthousiaste parmi ses collègues allemands et, quand sa voix se tait, le silence retombe de l'autre côté du Rhin sur cette curieuse atrophie cérébrale d'origine artério-sclé-reuse jusqu'alors confondue avec la paralysie générale.

La question est reprise en France au Congrès de Toulouse, en août 1897, par Arnaud (1) qui se place à peu près sur le même terrain que le psychiatre de Francfort : « L'athérome généralisé ou très étendu des artères du cerveau, dit-il, peut déterminer des manifestations morbides plus ou moins analogues aux symptômes de la paralysie générale ». Mais pour lui « on peut toujours distinguer les manifestations de l'artério-sclérose généralisée d'avec celles de la paralysie générale » et il n'admet pas « l'existence d'une variété de paralysie générale d'origine athéromateuse ». Pour le diagnostic différentiel, il s'appuie « sur l'ensemble des signes révélateurs de l'artério-sclérose et surtout sur la considération des phénomènes psychiques. Si les délires peuvent être identiques dans l'un et l'autre cas, la démence est beaucoup plus profonde, plus généralisée et plus variable dans la paralysie générale que dans la dégénérescence athéromateuse des artères. Enfin les actes de l'athéromateux n'ont pas l'absurdité continue et la maladresse des actes du paralytique ; ils restent partiellement adaptés. »

En somme, Arnaud reconnaît, comme Alzheimer, que l'artério-sclérose encéphalique peut se traduire par un type clinique comparable à celui de la paralysie générale ; mais tandis que pour l'auteur allemand la ressemblance est telle que souvent on peut les confondre et qu'on les a confondues jusqu'à lui, pour le rapporteur de Toulouse il n'y a pas possibilité de se tromper et on doit les identifier toujours.

En France, la voix d'Arnaud ne trouvait guère plus d'écho que celle d'Alzheimer en Allemagne et c'est à peine si dans

(1) Arnaud, Diagnostic de la paralysie générale. Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, à Toulouse, séance du 2 août 1897.

ce même Congrès de Toulouse, Pétrucci (d'Angers), prenant la parole après lui, accepte que certaines variétés cliniques de l'artério-sclérose cérébrale puissent « revêtir le masque de la méningo-encéphalite diffuse générale. »

L'année suivante, en 1898, paraît un livre de Mairet et Vires (1) qui fait prendre au problème une physionomie tout à fait différente. Il conteste à la syphilis le droit de créer une paralysie générale vraie ; mais ce droit il l'accorde à la sénilité (c'est-à-dire à la dégénérescence athéromateuse des artères). Mais comme cette sénilité est, elle-même, le fait de l'arthritisme, c'est en réalité l'arthritisme la cause première de la paralysie générale vraie ou du moins, d'un certain groupe de paralysies générales vraies.

Ce qu'il y a de nouveau dans la conception de Mairet et Vires, ce n'est pas l'arthritisme, facteur étiologique de la paralysie générale vraie (Klippel (2) avait déjà soulevé cette hypothèse et nous ne l'avons pas signalé plus haut pour ne pas encombrer encore notre historique), c'est l'arthritisme agissant par l'intermédiaire de l'artério-sclérose; pour Klippel, en effet, l'artério-sclérose était non pas l'intermédiaire, mais le témoin, la preuve de l'arthritisme.

Mais voici qu'Alzheimer (3) reprend la parole en Allemagne. Cette fois, il a lu Klippel, mais il ne semble pas qu'il l'ait bien compris, car il assimile la paralysie arthritique de ce dernier à l'atrophie cérébrale artério-sclérotique que lui-même à décrite à Dresde en 1894. D'ailleurs, cette appellation de paralysie arthritique n'a pas eu de succès en Allemagne où l'on n'admet pas, explique-t-il, la coïncidence forcée de l'athérome et de l'arthritisme. Quoi qu'il en soit, il reprend et développe longuement la question de l'atrophie cérébrale

(1) Mairet et Vires, De la paralysie générale. Etiologie, pathogénie et traitement. Paris, 1898.

(2) Klippel, De la pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de médecine*, 1892.

(3) Alzheimer, Die Seelenstorungen auf arteriosclerotischen Grundlage. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LIX, 1902, p. 695.

artério-sclérotique, mais il est facile de voir que rien ne ressemble moins à la maladie de Klippel. C'est avec raison, cependant, que l'auteur insiste sur la nécessité de faire le diagnostic différentiel entre son atrophie et la paralysie générale. Il signale, comme éléments de diagnostic, la conscience longtemps conservée qu'ont les artério-scléreux de leur état contrastant avec l'optimisme des paralytiques, les affaissements psychiques plus isolés et plus profonds chez ceux-là, tandis qu'ils seraient plus généralisés et plus superficiels chez ceux-ci et, enfin, la fréquence plus grande de délire dans la maladie de Bayle.

Mais, même en France, on ne craint pas d'identifier la paralysie générale arthritique, à laquelle Vignaud accorde une mention dans son *Historique de la paralysie générale* (1), et le type clinique paralytique dû à l'athéromasie cérébrale.

C'est ainsi que Dupré (2), discutant le diagnostic différentiel de la maladie de Bayle en 1903, écrit : « L'athérome des artères, la sclérose et la stéatose des artérioles et des capillaires du cerveau peuvent se traduire par un syndrome très analogue à celui de la paralysie générale qui a été étudié par différents auteurs *sous le nom de paralysie générale arthritique ou athéromateuse...* »

Pour distinguer la paralysie générale de la forme hybride à laquelle il fait allusion, il s'appuie « sur la notion de l'âge (l'athérome cérébral étant surtout commun de cinquante à soixante ans, c'est-à-dire un âge postérieur à l'âge de l'éclosion habituelle de la paralysie générale et antérieur à l'âge ordinaire de l'apparition de la démence sénile), sur la notion des signes objectifs de l'athéromasie générale et de l'artério-sclérose viscérale et, enfin, sur la considération des différences qui séparent les éléments somatiques et psychiques du

(1) Vignaud, Historique de la paralysie générale. Thèse de Paris 1902.

(2) Dupré, Article « Psychopathies organiques ». *In* Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, p. 998, 1903.

syndrome pseudo-paralytique de l'athérome du tableau de la paralysie générale.

» On observe dans l'athéromasie cérébrale des troubles intermittents et répétés d'aphasie motrice, de glosso-parésie, de dysarthrie avec lenteur et empâtement de la parole, des vertiges, des hémiplégies transitoires, incomplètes, qui succèdent à des ictus plus fréquents et plus précoces que ceux de la paralysie générale. L'évolution clinique est moins régulière et moins progressive que dans la paralysie générale.

» Les signes physiques diffèrent aussi : la démence athéromateuse est moins profonde, moins complète; elle est intermittente, inégale à elle-même, suivant les jours et les semaines; l'amnésie est lacunaire, non massive; l'altération diminutive, la déchéance de la personnalité est moins marquée. »

Mais quelles lésions cérébrales produit l'athéromasie encéphalique pour déterminer une pseudo-paralysie générale ? Sur cette question, les auteurs se taisent volontiers et s'ils se prononcent ils ne sont pas du même avis. Pour Œttinger (1), c'est le ramollissement cérébral à foyers multiples ; pour Grasset (2), c'est la cérébro-sclérose lacunaire dont il reprend l'étude après Marie (3) et Ferrand (4).

Nous sommes en 1906 et voici que revient sur le tapis, avec Anglade et Ducos (5), de Bordeaux, la question déjà soulevée par Klippel et Mairet et Vires, de savoir si l'arthritisme ou l'artério-sclérose peuvent créer, à eux seuls, la *paralysie générale vraie*. Anglade et Ducos rapportent l'observation

(1) Œttinger, De l'athérome et de l'artério-sclérose. *In* Traité de pathologie interne de Brissaud et Bouchard, 1902.

(2) Grasset, La cérébro-sclérose lacunaire progressive d'origine artérielle. *Semaine médicale* du 19 octobre 1904.

(3) Marie, Des différents états lacunaires du cerveau. Comptes rendus du 13e Congrès international des sciences médicales. Section de neurologie, p. 143. Paris, 1900. — Des foyers lacunaires de désintégration et de différents autres états lacunaires du cerveau. *Revue de médecine*, avril 1901.

(4) J. Ferrand, Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. Thèse de Paris 1902.

(5) Anglade et Ducos, Paralysie générale sénile. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 11 février 1906.

d'une femme de soixante ans dans les antécédents de laquelle on ne relève ni syphilis, ni tuberculose ; elle présentait le tableau clinique caractéristique de la paralysie générale avec albumo-réaction et lymphocytose confluente de son liquide céphalo-rachidien. Les auteurs, qui ont constaté à l'autopsie les lésions classiques, macroscopiques et microscopiques de la méningo-encéphalite et, en outre, « un degré notable d'artério-sclérose », font cette remarque extrêmement intéressante : « Il n'y a pas là de quoi nous faire répudier le diagnostic de paralysie générale vraie et *la lésion vasculaire doit plutôt être retenue, à défaut de syphilis, pour l'interprétation pathogénique.* »

L'année suivante, en 1907, Kræpelin (1) publie une observation que nous reproduirons tout à l'heure. Elle concerne un homme de quarante-cinq ans qui présente, à s'y méprendre, le tableau de la maladie de Bayle. Kræpelin hésite entre le diagnostic de paralysie générale et celui d'artério-sclérose ; il se rallie finalement à ce dernier pour quatre raisons : d'abord son homme n'a pas de syphilis dans ses antécédents ; ensuite il a de l'albuminurie et des artères flexueuses ; puis les symptômes se sont développés rapidement et se sont modifiés ultérieurement ; enfin il a conservé ses réactions pupillaires.

En ces dernières années, la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse semble avoir de plus en plus préoccupé les esprits et les diagnostics et il n'est point d'auteur qui, écrivant sur les troubles psychiques de l'artério-sclérose, ne cite la fréquence avec laquelle ils copient la maladie de Bayle et n'indique les moyens de les en différencier. Les uns, comme Rémond et Voivenel (2) et notre maître, M. le Professeur Régis (3), prononcent le nom de pseudo-paralysie ; les autres ne parlent que de démence artério-sclérotique ; mais, dans les signes qu'ils en donnent, dans les moyens de différenciation qu'ils

(1) Kræpelin, Introduction à la psychiatrie clinique (Traduction d'après la seconde édition allemande, par Devaux et Merklen), 1907, p. 274.

(2) Rémond et Voivenel, Le syndrome paralytique général. *Encéphale*, 1909.

(3) Régis, Précis de psychiatrie. Edition 1910, p. 758.

conseillent d'avec la paralysie générale apparaît éloquemment combien ces états pathologiques peuvent se ressembler et combien il peut être difficile de les caractériser dans la pratique.

Rémond et Voivenel font de la paralysie générale arthritique et de l'athéromasie cérébrale la même chose. Bien plus, ils tendent à confondre la démence sénile et la paralysie générale athéromateuse : « Si le diagnostic est si difficile parfois, disent-ils, entre une démence sénile et une paralysie générale athéromateuse, c'est qu'en réalité il n'y a pas de différence de nature. Il y a simplement différence de degré. Si la démence paralytique est plus globale, c'est parce que les lésions sont plus diffuses. Entre la démence sénile légère due à quelques foyers de ramollissement, la démence sénile plus marquée due à l'état criblé de l'écorce cérébrale décrit par Durand-Fardel et aux nombreux foyers de désintégration lacunaire étudiés par Pierre Marie et la démence paralytique la transition est insensible. »

Voici par contre l'opinion de Jacquet (1) qui semble en désaccord avec celle de Rémond et Voivenel : « La pseudo-paralysie générale arthritique de Klippel doit se distinguer de la cérébro-sclérose lacunaire et se rapprocher de la paralysie générale classique ». Or c'est justement de cette cérébro-sclérose lacunaire que Grasset faisait le substratum anatomique de la paralysie générale artério-scléreuse. Jacquet a donc l'air de faire deux choses différentes de la paralysie générale arthritique et de la pseudo-paralysie générale artério-scléreuse.

Avec les travaux de Binswanger (2), de Weber (3) et de

(1) Jacquet, Rapport sur les formes cliniques de l'artério-sclérose au X[e] Congrès de médecine interne tenu à Genève, du 3 au 5 septembre 1908. *Semaine médicale*, 9 septembre 1908.

(2) Binswanger, Zur Klinik u. pathologischen Anatomie der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen. *Monatsch. f. Psych. u. Neurol.*, vol. XXV, fasc. 2, p. 81, 1909.

(3) Weber, Des psychoses artério-scléreuses. *Monatsch. f. Psychiatr.*, XXV, 1909.

Ladame (1) nous touchons enfin au terme de cette longue et laborieuse confrontation (2) des opinions émises jusqu'à nos jours sur les relations de l'artério-sclérose et de la maladie de Bayle.

Weber cite parmi les signes de ses « psychoses artério-scléreuses » l'amoindrissement mental, les idées de grandeurs et l'immobilité transitoire des pupilles. Il rapproche certaines de ces psychoses de la paralysie générale et insiste sur la durée beaucoup plus longue des premières.

Binswanger étudie la « clinique et l'anatomie pathologique des maladies artério-sclérotiques ». Il établit constamment des comparaisons entre ces maladies et la paralysie générale à laquelle font surtout penser l'épuisement neurasthénique, les troubles psychiques et les accrocs de la parole. L'auteur allemand donne comme un excellent élément de diagnostic différentiel le chiffre de la pression artérielle qui est de 150 millimètres dans l'artério-sclérose, tandis qu'elle reste toujours au-dessous dans la paralysie générale.

Ladame enfin décrit « la démence artério-sclérotique » qu'il assimile lui aussi à la maladie de Klippel et donne des signes précis et nombreux de diagnostic différentiel d'avec la paralysie générale : dans la démence artério-sclérotique le

(1) Ladame, L'histologie pathologique des maladies mentales. *Encéphale*, février 1909. — Sur la démence artério-sclérotique. *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1910, p. 638.

(2) Encore est-elle incomplète et n'avons-nous pu — il s'en faut — prendre connaissance de tous les documents parus sur cette question. C'est ainsi que nous avons vainement cherché la communication de Dupré au Congrès d'Amsterdam de 1907 sur la différence entre la démence paralytique et les autres démences, communication dans laquelle il doit être fait allusion à la démence artério-scléreuse. C'est ainsi également que nous n'avons pu nous procurer le compte rendu de la Société clinique de médecine mentale relatant la présentation par le docteur Truelle d'une femme cérébro-scléreuse lacunaire, âgée de soixante ans, et qui offrait le tableau paralytique complet avec lymphocytose positive. Ce cas est très brièvement cité dans la *Presse médicale* du 30 juin 1909 et c'est par les quelques lignes de ce périodique que nous en avons eu connaissance. De même, nous ne croyons pas avoir lu tous les travaux que Binswanger a consacrés aux maladies artério-sclérotiques.

déficit intellectuel est lacunaire, lacunaire également la mémoire ; l'orientation générale, le sentiment de la personnalité sont assez bien conservés ; le jugement demeure souvent très correct et l'allure extérieure très ordonnée ; le malade a une conscience à peu près exacte de sa maladie.

De cette analyse succincte des diverses opinions qui ont été publiées sur les rapports de l'artério-sclérose et de la paralysie générale nous devons retenir ce fait que si aujourd'hui la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse n'est pas encore une acquisition définitive de la nosologie, du moins la fréquence avec laquelle les états cérébro-scléreux revêtent les apparences de la maladie de Bayle a de plus en plus attiré et retenu l'attention des cliniciens en ces dernières années. Partout c'est une floraison de travaux et de mémoires qui signalent la similitude possible des deux processus morbides dans leur symptomatologie et qui cherchent les signes ou les nuances qui pourront les faire reconnaître et diagnostiquer.

La pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse est donc tout à fait une question d'actualité. Mais elle cherche encore ses voies et elle n'a pas trouvé la forme définitive qui la caractérisera en clinique. Elle oscille dans les préoccupations des psychiatres et des neurologistes, encore imprécise et fluctuante. C'est à l'avenir qu'il appartiendra de la fixer dans le moule où elle cristallisera. Actuellement elle continue à évoluer.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE : **Observations avec ponction lombaire**

Observation I (Personnelle)

Résumé. — Homme, quarante-neuf ans. Depuis cinq ans, tournements de tête, céphalées, éblouissements, état hypocondriaque. Actuellement, troubles de la mémoire, affaiblissement intellectuel, euphorie, indifférence. Inégalité et irrégularité pupillaires, tremblement des muscles faciaux et de la langue, instabilité des doigts, réflexes tendineux vifs, difficulté de la répétition des mots. Pas de lymphocytose céphalo-rachidienne. Réaction de Wassermann négative.

B..., quarante-neuf ans et demi, chaudronnier sur cuivre.

Pour les renseignements concernant ses antécédents et l'histoire de sa maladie, nous sommes entièrement livré aux dires du malade, sans contrôle possible. Nous ne croyons pas cependant devoir les suspecter, car ils ont toujours été émis sans hésitation et avec précision, ils ne se sont jamais contredits et, par ailleurs, il ne nous a pas été donné de mettre sa mémoire en défaut, ainsi que le démontrera la suite de l'observation.

Antécédents héréditaires. — Le malade a seulement entendu parler de son grand-père paternel qui serait mort accidentellement ; il ne sait rien de sa grand'mère paternelle. Il a connu ses grands-parents maternels ; ils seraient morts âgés. Son père serait mort accidentellement à cinquante et un ans ; il se serait toujours bien porté, à part quelques migraines. Sa mère se serait toujours bien portée jusqu'à quarante ans ; à cet âge

elle contracte les fièvres intermittentes (?) et meurt peu après d'un « cancer sur le côté » (?) B... n'a jamais ouï dire qu'il y ait eu dans sa famille de maladies nerveuses ou mentales.

Antécédents collatéraux. — Deux frères qui jouissent d'une excellente santé ; l'un a quarante-quatre et l'autre vingt-neuf ans ; une sœur morte à l'âge de deux ans, le malade ne sait de quoi. Il ne croit pas que sa mère ait jamais fait de fausses couches.

Antécédents personnels. — Il a entendu dire à sa mère qu'il aurait eu le ventre ballonné vers un ou deux ans, parce qu'on l'avait fait manger trop tôt. Enfance assez chétive, sans maladie cependant. Po... ne fait pas de service militaire, étant soutien de famille ; mais plus tard il fera ses 28 et 13 jours allègrement et sans fatigue. Son adolescence et le début de son âge adulte ne sont guère tourmentés que par quelques maux de tête et deux écoulements urétraux (à dix-huit et à vingt-deux ans), qui durent l'un et l'autre environ trois semaines chacun.

C'est vers cette époque que Po... commence à exercer son métier de chaudronnier sur cuivre qui l'oblige à manier la céruse, quelquefois à deux et trois reprises dans la même journée ; son passé, sondé soigneusement, ne nous révèle cependant pas d'accidents saturnins jusqu'à ce jour. A joindre à cette cause d'intoxication l'habitude qu'il prend de boire jusqu'à trois litres de vin par jour et des apéritifs de temps à autre. Par ailleurs, il ne nous avoue aucun autre motif d'usure ; peu d'émotions dans son existence, guère d'occasions d'auto-intoxication intestinale, il fume modérément et surtout nie énergiquement avoir jamais eu la syphilis.

En 1894, le 7 avril, pour préciser comme il le fait lui-même, une explosion de vapeur projette du charbon de terre (?) sur sa figure ; le côté gauche du visage est surtout atteint et principalement l'œil dont la cornée aurait été entamée. Po... est transporté sans connaissance à l'hôpital où il reste trois semaines.

C'est à peu près à cette même date qu'il se marie (il avait alors trente-trois ans) ; sa femme aurait actuellement une cardiopathie qui, d'ailleurs, ne l'empêcherait pas de travailler. Elle n'a jamais eu de fausses couches, mais a porté à terme trois enfants dont l'aînée, fillette de quatorze ans, est bien portante et bien intelligente, le second, garçon de neuf ans, se porte bien quoique de taille médiocre et d'appa-

rence chétive (sans doute, croit Po..., parce que sa nourrice lui a fait boire du vin blanc lorsqu'il avait deux ans) ; quant au troisième, bébé de huit à dix mois, il serait mort d'une difformité à la tête dont le malade nous explique mal l'origine et la nature.

Il y a cinq ans, Po... a eu une maladie de foie diagnostiquée par un médecin qu'il nous cite ; il a le ventre ballonné et ne peut uriner. Une paracentèse donne issue à six litres de liquide. Le malade suit un traitement dont le régime lacté, des lavements et une poudre blanche font les principaux frais et un mois et demi après il reprenait son travail, guéri, sans autre ponction. Cependant son médecin lui maintenait le régime lacté qu'il a suivi jusqu'à ces temps derniers, à raison de trois litres de lait tous les soirs ; de même il a renoncé aux apéritifs, mais a repris l'usage du vin, quoique en très faible quantité.

Histoire de la maladie actuelle. — Remis de sa maladie de foie, Po... aurait alors joui de la plus parfaite santé. Et cependant c'est à cette époque qu'il faudrait faire remonter le début des troubles dont il se plaint actuellement, mais qui furent tout d'abord si légers que le malade en était à peine incommodé. Ce furent, en premier lieu, des « tournements de tête » qui survenaient ordinairement le matin à son lever ou une heure environ après, très rarement le soir et ne duraient guère plus de quelques minutes ; puis ces « tournements de tête » augmentèrent de fréquence, d'intensité, de durée (ne passant quelquefois qu'au bout d'une heure ou deux) et s'accompagnèrent de bouffées de chaleur à la tête. Il était alors obligé de s'asseoir, mais ne tomba jamais et jamais ne perdit connaissance. Ces vertiges le prenaient brusquement, surtout quand il baissait la tête, mais ne disparaissaient que lentement. Malgré ces indispositions passagères, notre malade continuait son métier aussi adroitement que par le passé et jamais il ne gâcha d'ouvrage.

Le 29 août dernier cependant (c'est toujours lui qui précise) il dut s'arrêter brusquement de travailler à la suite d'un vertige beaucoup plus violent que les autres. Ce vertige dura deux heures et demie et le força à s'aliter ; il eut un vomissement, des sueurs froides, de la céphalgie occipitale ; il dut garder le lit toute la journée. Comme deux jours après il n'allait pas mieux, il fit appeler le docteur Tr... qui lui prescrivit deux mouches sur la nuque, des cachets et un vin composé.

Cependant Po... continuait à souffrir de la tête tous les jours ; à vrai dire c'était plutôt une « pesanteur de tête », surtout occipitale, qu'une douleur véritable ; il n'eut jamais d'élancements. Cette céphalalgie ne le quittait pas de toute la journée ; la nuit, il dormait les quatre ou cinq premières heures, mais comme depuis quelque temps il devait se lever vers une heure du matin pour uriner, à ce moment il était repris de ses maux de tête qui le tenaient éveillé jusqu'au matin.

Les vertiges reparurent également, mais beaucoup plus rares ; depuis le 29 août Po... n'en a eu que trois, toujours sans chute ni perte de connaissance ; le dernier seul l'obligea à prendre le lit et dura deux heures. Jamais il ne constata après ces vertiges soit de l'embarras de la parole, soit de la maladresse d'un membre, soit de l'engourdissement ou des douleurs localisées à un côté du corps. Certes, ces vertiges le laissaient dans un état de lassitude générale, surtout marqué pour les membres inférieurs ; mais jamais il ne remarqua qu'un côté était devenu plus faible que l'autre et toujours, le mauvais moment passé, il put recommencer à marcher.

Ces derniers temps seraient survenus, en outre : d'abord des éblouissements, assez rares et qui duraient peu ; ensuite des tendances à dormir, surtout après les repas (plusieurs fois il lui arriva de s'assoupir sur sa chaise après dîner) ; enfin un semblant de neurasthénie constitué par une tristesse vague, de l'inquiétude sur sa faiblesse physique, une sorte de concentration pénible sur lui-même et aussi une certaine anxiété au sujet de ses « tournements de tête » qu'il craignait de voir revenir à chaque instant. Cet état de neurasthénie était surtout prononcé le matin vers les huit heures.

Le 10 octobre, Po... ne travaillait plus depuis un mois et demi et depuis un mois et demi suivait le traitement du docteur Tr... sans en ressentir de bienfaisants effets. C'est alors qu'il vint consulter M. le Professeur agrégé Abadie, le 10 octobre 1910 : on constata ce qui suit, copié du cahier de consultations tenu par l'externe de service :

« Troubles de la mémoire. Phonation modifiée dans son type. Faiblesse généralisée. Tremblement de la langue ; frémissement de l'orbiculaire des lèvres. Inégalité pupillaire (la droite est plus grande). Irrégularité pupillaire à gauche. Réflexes iriens à l'accommodation et à la lumière conservés. Réflexe rotulien plus vif à gauche qu'à droite ;

réflexe achilléen normal à droite, vif à gauche. Le malade, les yeux fermés, est instable quand il ne repose que sur un pied. Instabilité des doigts ; mouvements personnels des doigts. De temps en temps, on constate un sourire qui s'épanouit sans cause. Radiale dure, avec tension augmentée ; battements de l'humérale visibles à distance ; on ne perçoit pas la crosse de l'aorte ; deuxième bruit plus fort que normalement. Le foie, à la percussion, remonte à la quatrième côte. Rate percutable. Compte bien les chiffres à rebours. Indifférence relative. »

M. Abadie conseille à Po... d'entrer à l'hôpital. Il s'y résout le lendemain matin, passe dix-sept jours dans le service de M. le Professeur Pitres et en sort le 28 octobre dernier, amélioré, de son propre aveu : « La tête ne me faisait plus mal ; j'avais davantage de forces dans les jambes. »

Depuis sa sortie Po... n'a pas encore repris son travail ; le mieux a cependant persisté. Plus de céphalalgies depuis qu'il est rentré chez lui ; un seul vertige, encore a-t-il été léger et n'a-t il duré que deux minutes environ.

Nous voyons Po... pour la première fois le 12 novembre et nous lui conseillons de revenir se reposer quelques jours encore à la salle 16. Il y consent. Des interrogatoires auxquels nous le soumettons et des examens que nous lui faisons subir dans cette salle, lit 28, voici les constatations que nous retirons :

Etat actuel. — Po... est un homme de taille moyenne, robuste, de forte corpulence et d'un réel embonpoint. Il porte son âge (quarante-neuf ans et demi), mais pas plus. La figure, un peu pâle, porte des tatouages bleus, d'ailleurs presque punctiformes, dus sans doute aux grains de charbon qui lui furent projetés à la face en 1894. Le teint est mat, les chairs un peu flasques. La physionomie, par suite d'un effacement léger des plis cutanés, n'est guère expressive. Les cheveux noirs-parsemés de quelques poils blancs, sont abondants et bien plantés. Le cuir chevelu présente une sécrétion séborrhéique normale, mais quel, ques rougeurs diffuses çà et là et dont l'une empiète sur la moitié droite du front. Celui-ci est barré de quatre ou cinq plis transversaux, à peu près parallèles, également accusés à droite et à gauche. Les sourcils, noirs, ne sont pas très fournis. La paupière droite est un peu tombante. Le malade ferme bien les deux paupières et oppose une égale

résistance de chaque côté lorsqu'on veut les lui ouvrir. Pas de tremblement de l'orbiculaire des paupières. Le réflexe conjonctival est très diminué des deux côtés. Traînées de tissu adipeux sur la conjonctive bulbaire, des deux côtés. Les yeux n'ont guère d'éclat, mais ont leur humidité normale. Pas de déviation de l'axe des globes. Le malade peut les tourner de tous les côtés. Pas de nystagmus. Arc sénile à la partie supérieure des iris. Les pupilles ont un contour régulier, cependant la gauche est aplatie de haut en bas. Elles sont inégales ; la droite a ses dimensions normales, la gauche est en myosis. Elles se contractent bien à la lumière, à l'accommodation, à la convergence et se dilatent à la douleur.

La tension des globes oculaires est normale. La sclérotique de l'œil droit porte deux tatouages punctiformes (l'un en dedans, l'autre en dehors de la cornée) analogues à ceux signalés plus haut sur le visage et reconnaissant sans doute la même origine.

Le pli labio-génien droit est un peu plus accusé que le gauche. La narine gauche est un peu moins ouverte et un peu plus aplatie transversalement que la droite.

La bouche fermée n'est pas déviée ; lorsque le malade l'ouvre on ne constate pas de déviation oblique ovalaire, mais on remarque un tremblement très net de l'orbiculaire des lèvres, des zygomatiques et du menton, d'autant plus appréciable que le malade tient la bouche ouverte plus longtemps. Les dents sont en mauvais état, beaucoup manquent ; les autres sont tapissées de tartre, certaines cariées, mais aucune déchaussée.

La langue, tenue dans la bouche, est instable et présente çà et là quelques tremblements fibrillaires. Dit-on au malade de la tirer au dehors, on constate qu'il peut difficilement l'immobiliser dans cette position ; on constate également quelques mouvements en trombone, surtout lorsqu'il la sort et qu'il la rentre ; c'est aussi à ces moments que s'exagèrent les secousses ataxiformes mentionnées plus haut, de l'orbiculaire des lèvres, des zygomatiques et du menton.

Si on dit au malade de prononcer en la soutenant la voyelle *a*, de façon à explorer son arrière-gorge, on constate que l'ogive formée par les piliers du voile du palais est régulière, que le voile se contracte bien et que la luette n'est point déviée.

Les oreilles ont une forme et une coloration normales.

La saillie formée par les fibres du peaucier est égale des deux côtés quand on s'oppose aux mouvements de flexion de la tête.

Le thorax est tronconique, à grande base inférieure. Le diaphragme se contracte bien. L'abdomen est volumineux et distendu, uniformément sonore à la percussion, recouvert d'un épais pannicule adipeux.

Les membres sont volumineux, gros et bien musclés; tous les mouvements sont possibles sans raideur; ils résistent également bien des deux côtés aux mouvements communiqués; ils ont un système pileux normalement développé, une peau saine sans cicatrices suspectes, une coloration et une température satisfaisantes.

Il n'existe pas de tremblement généralisé, mais, dit-on au malade d'étendre la main dans la position du serment, les doigts tenus écartés, on constate un peu d'instabilité de la main tout entière (surtout visible à droite) et des mouvements de latéralité des doigts (surtout le médius). Invite-t-on le malade à lisser sa moustache, la main tremble encore un peu (surtout la droite).

De même, les mouvements accusent une très légère maladresse quand on dit au malade de boutonner son gilet, par exemple. Par contre, les mouvements associés s'effectuent correctement : c'est avec la plus grande aisance que le malade ouvre la bouche et ferme les yeux simultanément au commandement.

Le malade se dit encore capable de grands efforts isolés; mais il craint de se fatiguer vite.

La marche est normale, posée et ferme. Les pas ont leur longueur normale; le pied se soulève bien. P... s'arrête et se retourne au commandement comme un homme ordinaire. Cependant il ne peut se tenir que difficilement sur un pied, les yeux ouverts, et à plus forte raison les yeux fermés.

Les *réflexes* des membres supérieurs (tendineux et périostés) sont vifs; vives également les réactions musculaires à la percussion. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs (achilléen et rotulien). Pas de clonus du pied ni de la rotule; faible réaction au chatouillement et au grattage de la plante du pied; pas de Kernig; le sens stéréognostique et le sens kinesthésique sont intacts.

La *sensibilité* est conservée sur toute la surface tégumentaire pour le

contact, la piqûre, le pincement et la température. Le malade ne distingue cependant pas toujours très bien une piqûre d'un contact. Pas d'erreurs de localisation, ni de retard dans les perceptions. La sensibilité des globes oculaires à la pression est diminuée, surtout à droite ; diminuée également la sensibilité trachéale. Les autres sensibilités profondes (épigastrique, testiculaire, osseuse, articulaire et tendineuse) sont intactes. La pression du cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne est normalement douloureuse. Pas de douleurs spontanées, pas de névralgies, pas de paresthésies.

Les *réflexes cutanés* (abdominaux et crémastériens) sont à peine perceptibles.

Organes des sens. — L'*acuité visuelle* est diminuée. Pas d'achromatopsie. L'*ouïe* est également inférieure ; il nous faut parfois répéter deux et trois fois notre question pour nous faire entendre ; l'oreille droite est la plus atteinte. L'*odorat* est diminué pour la narine droite. Le *goût* est conservé, de même que le tact. Jamais d'hallucinations des appareils sensoriels.

La *trophicité* ne présente aucun trouble.

Appareil digestif. — L'appétit est bon ; la langue est bonne ; la déglutition est normale ; l'estomac paraît dilaté à la percussion ; Po... ne se plaint cependant pas de ses digestions ; jamais de nausées, de vomissements, de gastralgies ; trois selles en moyenne par jour, fermes et peu abondantes ; pas d'hémorroïdes. Le bord supérieur du foie remonte à la quatrième côte pendant l'expiration ; le bord inférieur, à la percussion, se révèle au-dessus des fausses côtes ; pas d'ascite. Rate percutable.

Appareil respiratoire. — Po... tousse un peu. Il y a quelque temps, il mouchait vert. Actuellement, plus de sécrétion nasale. Pas d'expectoration. Jamais d'hémoptysies. Pas de signes stéthoscopiques autres qu'une légère obscurité respiratoire généralisée. Jamais de dyspnée, même d'effort.

Appareil circulatoire. — Aire de matité du cœur normale. Bruits normaux dans leur intensité, leur fréquence et leur rythme. Pas de bruits surajoutés. On sent battre les sous-clavières dans les triangles sus-claviculaires, mais on ne sent pas l'aorte derrière la fourchette sternale. Aire de matité des gros vaisseaux normale. On voit battre les

humérales à la partie inférieure de la face interne du bras. Les radiales sont tendues ; elles battent à 68 lorsque le malade est couché et à 72 lorsqu'il est debout. Jamais de palpitations, d'anxiété, de cryesthésie, de doigt mort, de crampes au mollet ou au cou, de bourdonnements, de prurit. Le malade ne ressent plus ses bouffées d'hyperhémie céphalique, ses vertiges ni ses brouillards d'autrefois.

Appareil génito-urinaire. — Le malade urine par jour deux litres environ d'urine claire. Ni sucre ni albumine. Un peu de pollakiurie. Il doit se lever une fois la nuit pour uriner. La miction est facile. Les envies d'uriner lui arrivent assez brusquement ; cependant il peut se retenir et n'a jamais uriné sous lui. Pas d'écoulement urétral. Pas de traces suspectes sur le gland ou le prépuce. Les érections se maintiennent satisfaisantes et surprennent assez souvent le réveil du malade. Il peut se livrer facilement au coït deux fois par semaine.

Sécrétions. — Les sécrétions sudorale et nasale sont normales. Po... semble indiquer qu'il y a quinze jours il aurait présenté pendant quelques jours des crises d'ailleurs assez mal caractérisées et peu abondantes de sialorrhée.

Le *sommeil* est calme. Pas de cauchemars ni de sueurs nocturnes. A moins de tendance qu'autrefois à somnoler la journée.

La *parole spontanée* est facile, sans accrocs. Po... comprend bien nos questions et y répond correctement. S'il fait répéter parfois ce qu'on lui demande, c'est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, parce qu'il est dur d'oreille. Il ne cherche pas trop ses mots, construit bien ses phrases, exprime clairement ce qu'il veut dire. Le ton est monotone. Le débit n'est ni ralenti ni précipité.

La *répétition des mots*, par contre, est défectueuse. On fait dire successivement à Po... « inamovibilité », « incompatibilité », « inaliénabilité » ; il n'y parvient pas facilement ; on constate des accrocs, des élisions, des inversions et des suppressions de syllabes. Il répète correctement « inconstitutionnellement ». On lui propose : « Je suis brigadier-fourrier au 14e régiment d'artillerie ». Il dit : « Je suis brigadier-fourrier... Comment avez-vous dit ? » On lui répète la phrase, il reprend : « Je suis brigadier-fourrier au 14e régiment de... d'artillerie ». Un autre jour on le prie de répéter la même formule, qu'on lui redit, il prononce : « Je suis d'*artillerie* au 4e régiment d'artillerie. »

Ecriture. — On dicte à Po... : « Bordeaux le 12 novembre 1910. Je suis malade depuis deux mois » ; Po... saisit la plume avec assez d'assurance, l'assujettit à ses doigts assez adroitement, la trempe dans l'encrier sans hésitation, trace rapidement et avec fermeté les lignes qu'on lui demande ; la main qui écrit ne tremble pas non plus que celle qui appuie sur le papier par deux doigts seulement cependant (l'index et le pouce). Po... dit n'avoir jamais mieux écrit et le spécimen qu'il nous fournit est certainement inférieur à celui que nous trouvons au cahier de consultation et qu'il a tracé il y a un mois. Les lignes sont droites et parallèles ; l'orthographe est correcte (cependant Bordeaux n'a pas d'*x*). Les majuscules sont placées où il faut et Po... va à la ligne quand il convient. Les lettres ne sont pas toujours très bien formées, mais n'empiètent pas les unes sur les autres. Les traits sont pleins, parfois légèrement tremblés, mais non déviés.

Etat mental. Mémoire. — Le récit que Po... nous a fait de ses antécédents héréditaires et personnels et de l'histoire de sa maladie, les détails précis qu'il nous a donnés, l'invariabilité de ses réponses d'un jour à l'autre au sujet des événements de sa vie antérieure ne nous permettent pas de douter de l'intégrité de sa mémoire et nous autorisent à faire fond sur ses renseignements, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Et si quelque chose pouvait nous étonner ce serait plutôt cette précision de ses souvenirs et la minutie des détails qu'il nous fournit. Il se rappelle exactement le jour où du charbon fut projeté dans sa figure par une explosion, et ceci se passait il y a seize ans (le 7 avril 1894) ; il se rappelle exactement le jour (le 29 août dernier) où il cessa de travailler ; il se rappelle à quel âge exact est mort son père, à quel âge exact sa mère a cessé de se bien porter ; il sait quel âge exact ont ses deux frères et ne réfléchit même pas pour nous le dire.

Etonné de la sûreté de ses réponses, nous lui faisons constater qu'il y a un mois, à la consultation de M. Abadie, on a noté des « troubles de la mémoire ». Po... les met sur le compte de l'émotion qu'il éprouva à se voir entouré de tant d'étudiants.

Il nous affirme ne s'être jamais trompé dans son travail et se rappeler parfaitement tous les détails techniques de son métier.

Il nous avoue cependant que les derniers temps où il travaillait il lui arrivait parfois de s'interrompre et de rester « tout pensif ». Nous

n'arrivons pas à lui faire préciser autrement ce qui se passait à ces moments. « A quoi pensiez-vous ? lui demandons-nous ! » — « Je ne saurais le dire, répond-il ». Cela ne durait que deux ou trois minutes et il ne semble pas qu'il perdit alors la notion du monde extérieur.

L'*orientation* dans le temps et dans l'espace est parfaite.

L'*attention* semble s'émousser assez vite.

Calcul mental. — Il additionne de tête 12 + 15 et 25 + 33 ; il multiplie 11 × 9. Il compte sans hésitation à partir de 50 et en descendant.

La *conscience*, le *jugement*, le *sens pratique*, le *sens autocritique* ne semblent pas altérés. Il en est de même pour l'*affectuosité*.

Le *caractère* était devenu irritable, dit-il, avant qu'il ne rentrât à l'hôpital. Il « était contrarié quand les gosses criaient », « au point d'avoir des mouvements d'impatience ».

Cependant nous trouvons un homme aimable et bienveillant. Ne connaissant pas son adresse nous l'avions fait relancer par un de ses amis : « J'ai regretté de ne pouvoir rien lui offrir, » nous dit-il spontanément, lorsque nous lui demandons s'il avait reçu la visite de cet ami. Il se prête avec la meilleure grâce au long interrogatoire que nous lui faisons subir et aux examens multiples que nous lui imposons. Il accepte volontiers la proposition de rentrer à l'hôpital et d'y séjourner huit nouveaux jours, afin que nous étudiions mieux son cas ; il accepte aussi, sans la moindre contrariété, la perspective d'une deuxième ponction lombaire, la première n'ayant pu être menée à bonne fin. Chaque matin, quand nous arrivons dans le service, il vient à nous, charmant ; quand il nous parle il est toujours souriant. Lui-même reconnaît spontanément qu' « il a une tendance à sourire en parlant » ; il l'attribue « au naturel ». Ce sourire et aussi d'autres pètits signes révélés par l'attitude et la conversation du malade semblent plutôt trahir une certaine euphorie, de l'optimisme et presque un peu d'indifférence. Po... ne paraît pas pressé de reprendre son travail, quoique se sentant mieux ; du moins il n'en parle pas. Cependant, il y a deux mois et demi qu'il chôme.

Le *sens moral* et le *sens des convenances* paraissent conservés. Po..., détourne la tête quand nous écrivons, sans doute afin que nous ne croyions pas qu'il lit par-dessus notre épaule.

Nous manquons de données pour juger les troubles qu'a pu subir sa *volonté*.

L'*activité* semble légèrement ralentie chez Po..., il est souvent distrait. La journée cependant il se lève, fait son lit, va et vient dans la salle et s'entretient volontiers avec les autres malades. A table, il est toujours un des premiers rendus ; il mange et se tient correctement.

L'*émotivité* ne paraît pas augmentée, Po... dit cependant être « émotionnable facilement », quand il parle pour la première fois à quelqu'un qu'il ne connaît pas.

La *ponction lombaire,* pratiquée le 15 novembre, donne issue à un liquide céphalo-rachidien légèrement rosé, sans pression. L'épreuve de l'albumo-réaction est douteuse en raison de la présence d'une petite quantité de sang. Pas de lymphocytose. Le Wassermann pratiqué au moyen du liquide céphalo-rachidien est négatif.

La *température* que le malade a présentée, pendant son séjour à l'hôpital, a constamment oscillé entre 36°5 et 37°.

18 novembre. Po... quitte l'hôpital où il est depuis trois jours et où il ne veut pas demeurer davantage. Il est nettement amélioré : Nous ne retrouvons plus notamment le tremblement des muscles faciaux et des mains. Les trémulations de la langue sont à peine perceptibles.

16 décembre. Po... vient nous voir à la consultation. Il a eu des vertiges assez violents, ces jours derniers, des éblouissements accompagnés de dérobement des jambes. Jamais cependant il n'a fait de chute. De lui-même il s'est mis au régime lacté, ce qui a déterminé un réel amendement de ces troubles, mais il n'a pas encore pu reprendre son service depuis sa sortie de l'hôpital.

Observation II (Personnelle)

Résumé. — Femme, quarante-six ans. Ictus apoplectiformes successifs, affaiblissement progressif de la mémoire. Actuellement, légère excitation maniaque avec humeur un peu désagréable, lenteur de la mémoire, dysarthrie, troubles pupillaires, tremblement et instabilité de la langue, légère hémiparésie gauche avec exagération des réflexes tendineux, ébauche de clonus et signe de Kernig; artério-sclérose, rythme pendulaire du cœur, éclat du deuxième bruit, congestion de la face; pas de lymphocytose céphalo-rachidienne, pas d'albumo-réaction. Traitement hypotensif . amélioration des troubles moteurs et psychiques.

Veuve B..., quarante-six ans, sans profession, habite Marmande; y est née et y a toujours vécu.

Antécédents héréditaires. — Père, cordonnier, mort à quarante et un ans d'un « rhume » (?) qu'il avait depuis trois ans. La mère, qui faisait des ménages, est morte vers les soixante-quinze ans « comme une lampe qui s'éteint », selon l'expression de la malade elle-même qui nous a donné ces renseignements sous le contrôle de son fils. Père et mère se seraient toujours très bien portés.

La malade est fille unique.

Pas d'antécédents nerveux dans les collatéraux, sauf une cousine qui aurait eu des attaques de nerfs — « elle tournait la bouche » (?) — survenues à la suite d'une méningite (?); sauf encore quatre cousins (quatre frères) qui seraient morts de méningite (?).

Antécédents personnels. — Née à terme. Scarlatine vers quatre ou cinq ans. Est allée à l'école à cinq ans, jusqu'à douze; puis à un orphelinat où elle cousait. Aurait eu au cou, à ce moment, des « glandes » qui l'auraient fait envoyer à la campagne pendant deux mois et auraient disparu complètement au bout de ce temps.

Réglée à onze ans; prétend être devenue sourde à cette occasion; cette surdité aurait d'ailleurs disparu au bout d'un mois. Depuis, ses époques sont toujours revenues régulièrement; elle perd beaucoup, mais trois ou quatre jours seulement.

Un peu plus tard, elle devient apprentie couturière et fait de la couture jusqu'à vingt-cinq ans. Entre temps, à vingt et un ans, elle se marie; son mari meurt à soixante-cinq ans d'un « catarrhe aux bronches » qu'il aurait depuis vingt-cinq ans. De ce mariage, deux enfants : l'aîné est un garçon de vingt-cinq ans très bien portant; la cadette, jeune fille de quinze ans, jouit également d'une excellente santé.

Notre malade elle-même n'a jamais eu depuis qu'elle est adulte d'affection digne d'être signalée. A noter cependant qu'elle est très nerveuse; elle a eu quatre ou cinq crises de nerfs depuis l'âge de vingt-sept ans, toutes après contrariétés, avec perte de connaissance mais sans convulsions toutefois. A noter aussi qu'elle a été de tout temps très constipée.

Histoire de la maladie actuelle. — Le début remonterait à un an. A cette époque elle aurait ressenti dans la jambe gauche « un bouillonnement qui se serait arrêté au genou »; « c'était comme des fourmis »; aurait pu cependant, immédiatement après, remuer la jambe et même

marcher. Cependant cette jambe était devenue lourde; lourd aussi le membre supérieur du même côté dont la main était maladroite. Tous ces phénomènes disparurent en quelques jours.

Six mois après, deuxième attaque; cette fois, c'est le côté droit qui est pris. Depuis, elle aurait eu plusieurs autres attaques, toujours sans perte de connaissance et s'accompagnant d'un affaiblissement de tel ou tel membre.

En outre, depuis deux mois et demi, elle est sujette à des épistaxis, souvent abondantes et qui se répètent parfois tous les jours, pendant une semaine (et même deux et trois fois par jour).

Elle dit avoir beaucoup maigri ces temps derniers et avoir passé de 137 livres à 94. Ces jours-ci, elle se prenait à pleurer « parce qu'elle était malade », dit-elle. Son entourage n'a jamais surpris cependant de pleurer ni de rire spasmodiques; il ne lui a pas trouvé non plus d'émotivité exagérée.

Il y a trois ou quatre jours, sans cause appréciable, elle se tenait penchée sur le côté droit; la redressait-on, elle reprenait aussitôt sa position première; elle se sentait beaucoup plus faible de ce côté.

Son fils dit enfin avoir remarqué depuis deux ans un affaiblissement progressif de la mémoire qui porterait cependant davantage, d'après lui, sur les mots que sur les faits.

Il nous raconte aussi qu'il arrivait par exemple à sa mère de sortir pour acheter du poivre et, une fois chez l'épicier, de ne plus se rappeler pourquoi elle y était venue ; ou bien encore elle se trouvait dans la rue ou dans son jardin sans savoir ce qu'elle était venue y faire. Jamais, cependant, elle ne se serait trompée dans ce qu'elle faisait. Le 6 juillet, M^me^ B... vient à la consultation de M. le Professeur agrégé Abadie et nous lisons sur le cahier de consultation tenu par l'externe de service :

« Gêne dans la marche, légère dysarthrie, troubles de la mémoire; erreurs quand on la fait compter selon l'ordre normal ou à reculons ; lenteur de la mémoire plutôt qu'amnésie; une certaine excitation des idées (elle n'attend pas les réponses); parle avec explosion; les mots longs sont assez bien répétés ; légers accrochages.

» Dilatation pupillaire bilatérale; pas d'inégalité. Réflexes à la lumière perdus, à l'accommodation paresseux. Déviation oblique ovalaire de la

bouche. Déviation de la langue du côté droit; deux ou trois secousses en trombone; impossible de laisser la langue en propulsion.

» Légère diminution de la force de la main gauche. Réflexes tendineux du membre supérieur plus vifs du côté gauche que du côté droit. Réflexes périostés vifs surtout à gauche. Se boutonne difficilement.

» Marche avec la jambe gauche un peu raide. Réflexes rotulien et achilléen exagérés des deux côtés. Ebauche de clonus de la rotule des deux côtés. Ebauche de Kernig.

» A un peu changé de caractère. Mauvaise humeur. En ce moment, excitation cérébrale manifeste, avec ton euphorique, fuite des idées et agitation motrice légère.

» On sent ses artères. Pouls pas très tendu. A l'auscultation du cœur, rythme pendulaire; un peu de tachycardie; deuxième bruit plus éclatant que d'habitude à la base. »

M. Abadie conseille à M^me^ B... d'entrer à l'hôpital. Elle s'y décide et c'est dans le service de M. le Professeur Pitres, salle 7, que nous l'examinons et l'interrogeons, le 25 juillet, couchée au lit n° 1.

Etat actuel. — M^me^ B... est une femme de taille un peu inférieure à la normale; elle est maigre, mais semble jouir d'une assez bonne constitution. Elle paraît avoir plus que son âge. La face est haute en couleur; elle-même dit la sentir « congestionnée, lourde ». Les yeux, légèrement exorbités, donneraient au facies un masque hagard si un sourire fréquent et satisfait ne tempérait l'expression de la physionomie.

Les cheveux sont gris, bien plantés, encore assez fournis. Les sourcils sont plutôt raréfiés, surtout dans leur portion externe. Les traits semblent attirés du côté gauche; cette déviation s'accentue dans les mouvements du visage, lorsque la malade ouvre la bouche (déviation oblique ovalaire), lorsqu'elle parle, rit, souffle, siffle. Elle ferme mal les paupières et oppose peu de résistance à leur ouverture (surtout à gauche). Elle se plaint de souffrir de l'œil gauche qui n'est cependant pas douloureux à la pression. Au contraire, la sensibilité des globes oculaires paraît plutôt diminuée. Léger arc sénile à la partie supérieure des iris. Les pupilles ne sont pas déformées, mais sont inégales au profit de la droite. Les réflexes iriens sont conservés à l'accommodation, perdus à la lumière; mais la malade est atteinte d'une chorio-rétinite double (constatée à l'examen ophtalmoscopique par M. le Professeur agrégé

Cabannes) qui enlève à ce dernier fait toute valeur au point de vue du signe d'Argyll-Robertson. C'est également cette chorio-rétinite qui explique la diminution d'acuité visuelle dont souffre notre malade.

Elle dit sentir souvent « une goutte de sang au nez » (?). L'odorat est conservé.

La bouche ouverte montre une langue saburrale, légèrement déviée du côté droit, assez instable, mais sans tremblement fibrillaire ni mouvement en trombone. Pas de déformation nette de l'ogive, constituée par les piliers du voile du palais; pas de déviation de la luette. Les dents, assez bien plantées, mais encrassées de tartre, ont une forme et une disposition normales; peu d'entre elles manquent à l'appel. L'haleine est fétide. Le goût est conservé. Vient-elle à parler, on ne constate pas de trémulation de l'orbiculaire des lèvres ni des zygomatiques.

Les oreilles sont bien conformées, chaudes et rouges. L'ouïe est diminuée; la malade fait remonter le début de cette hypoacousie à dix ans en arrière, à l'époque de la mort de son mari, à la suite de laquelle elle serait survenue brusquement (?). Certains jours, elle entend mieux que d'autres.

Les *membres supérieurs* sont amaigris mais non atrophiés; les masses musculaires, assez flasques au palper, sont plus volumineuses du côté droit que du côté gauche. Les mouvements actifs sont tous possibles; la force de résistance aux mouvements passifs est conservée; la pression de la main notamment est assez vigoureuse. Cependant la malade dit que son membre supérieur gauche est « plus lourd » et nous constatons qu'elle tient mal les petits objets de la main gauche. Elle ne présente pas d'incoordination. Elle boutonne et déboutonne facilement son corsage, sans le secours des yeux, avec une seule main (que ce soit la droite ou la gauche).

Le sens stéréognostique paraît diminué à gauche; elle reconnaît des deux côtés un peigne, une épingle de sûreté, mais ne reconnaît que du côté droit des clefs, un sou, un bouton. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont tous très vifs; vifs également les réflexes périostés (scapulo-huméral, rebord cubital, dos du carpe); les réactions musculaires à la percussion sont vives. Pas de tremblement de la main ni des doigts tenus écartés et étendus; pas d'instabilité des doigts. Le tact est conservé.

Pas de troubles de la sensibilité objective ; jamais de douleurs ni de paresthésies. Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs ; pas de modification notamment de la peau, des poils, des ongles, des os, des articulations ; pas de refroidissement ni de cyanose des extrémités.

Les *membres inférieurs* ont le même volume et la même coloration, un système pileux également développé, une même rareté en tissu adipeux. Les muscles sont également flasques des deux côtés, mais non atrophiés. Tous les mouvements actifs sont conservés ; cependant, quand nous lui demandons de lever en même temps les deux pieds, dans la station couchée, de façon à atteindre notre main placée à environ 40 centimètres du plan du lit, nous constatons que ce mouvement se fait par à-coups et que l'un des pieds (tantôt le droit, tantôt le gauche) est en retard et va moins haut. La résistance aux mouvements communiqués est égale des deux côtés. Réflexes tendineux vifs des deux côtés, Réflexes périostés (dos du tarse, tibia) vifs des deux côtés. Ebauche de clonus des deux genoux ; ébauche de clonus au pied gauche, non au pied droit. Pas de Babinski. Pas de troubles de la sensibilité subjective autres que des maux de tête et des crampes peu douloureuses que la la malade dit éprouver quelquefois aux jambes, sans que cela d'ailleurs l'empêche de marcher ; pas de troubles de la sensibilité objective cutanée ; sensibilité osseuse du tibia diminuée ; sensibilités tendineuse du tendon d'Achille et articulaire de l'articulation tibio-tarsienne normales.

Le sens de la position des membres inférieurs n'est pas très net ; la malade, les yeux fermés, ne peut pas toujours dire avec précision où l'on a placé son pied, elle ne sait pas aller le chercher directement avec la main, elle n'y porte pas immédiatement le regard quand on lui ouvre les yeux.

Pas d'incoordination notable des mouvements ; pas de Romberg.

La démarche est un peu lourde et hésitante ; notre malade ne s'arrête ni ne se retourne immédiatement au commandement, mais ne perd pas l'équilibre à cette occasion.

Le *cou* est maigre ; la sensibilité trachéale est conservée ; la saillie des fibres du peaucier est égale des deux côtés quand on s'oppose à la flexion de la tête.

Le *thorax* est amaigri ; les aisselles ne sont pas dégarnies ; sensibilité mammaire intacte ; pas d'arythmie des mouvements respiratoires.

La *paroi abdominale* est flasque et amincie, distendue par des blocs de matières fécales que la palpation sent très nettement. Cette dernière est d'ailleurs un peu douloureuse. Les réflexes cutanés abdominaux sont moins vifs à droite qu'à gauche.

Appareil digestif. — L'appétit, bon d'habitude, a diminué ces jours-ci. Crampes d'estomac de temps en temps ; les digestions sont difficiles quand la malade s'écarte d'un certain régime. Constipation habituelle opiniâtre ; depuis janvier (nous sommes au 25 juillet), la malade est obligée de prendre des lavements tous les jours. Elle les a cessés à la fin de juin et depuis elle ne va à la selle que tous les huit, dix ou douze jours. Un purgatif administré avant-hier n'a déterminé aucune selle. Foie normal.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler.

Appareil circulatoire. — Le deuxième bruit est un peu claquant au foyer aortique. Le pouls radial a une tension supérieure à la normale.

Appareil génito-urinaire. — Pas de troubles de la miction. Urines normales en quantité et en qualité. Très bien réglée.

Langage. — M^me^ B... comprend les questions et y répond rapidement et correctement. La parole, nasonnée, explosive, est assez rapide, sans achoppement véritable. Elle répète « anticonstitutionnellement » sans se tromper. On lui propose : « Je suis artilleur d'artillerie au 14^e^ régiment d'artillerie » ; elle le dit d'un trait ne s'arrêtant qu'à « d'artill... », mais reprend aussitôt : « d'artillerie ».

Ecriture. — On lui dit d'écrire « Bordeaux, le 25 juillet 1910 ». Elle écrit Bordeax (sans *u*) ; puis, arrivée à 1910, elle trace 190, puis au-dessous : 10. L'écriture est tremblée, assez fine, sans pleins ni déliés ; les lettres n'empiètent pas les unes sur les autres.

Etat mental. — La *mémoire* paraît conservée, tant pour les souvenirs anciens que pour les souvenirs récents ; la malade se rappelle parfaitement, par exemple, le menu de son dîner de la veille, le prix du voyage en chemin de fer qu'elle a fait hier de Marmande à Bordeaux.

Son fils nous ayant signalé qu'elle oubliait souvent le nom des objets, nous lui posons à ce sujet de nombreuses questions sans pouvoir contrôler ce trouble paraphasique.

La malade *lit* et *écrit* moins bien qu'auparavant ; il est difficile cependant de mesurer le déficit qui peut exister dans son instruction qui

paraît avoir toujours été rudimentaire. Elle peut *faire de petites opérations* de calcul (additionner ou multiplier deux chiffres). Si on la fait *compter* à partir de 50 en descendant, on ne constate pas de faute jusqu'à 41 ; mais à ce moment elle s'arrête et passe à 38 : « Ah non ! » disons-nous. « A combien en étais-je, demande-t-elle ? Je ne me rappelle plus. »

L'*orientation* est conservée dans le temps et dans l'espace.

Le *jugement*, la *conscience*, la *notion de la personnalité*, le *sens autocritique* paraissent intacts. La malade se rend fort bien compte de son état et s'en attriste souvent.

Au point de vue *affectif*, il ne semble pas y avoir grand changement. Elle affectionne autant qu'auparavant ses enfants qu'elle trouve « bien bons » pour elle. Elle a conservé un souvenir ému de son mari, mort depuis dix ans et qu'elle paraît avoir beaucoup aimé.

Au contraire son *émotivité*, à l'en croire, aurait augmenté : « La moindre chose, je pleure ». Il est vrai qu'elle ajoute : « Puis je ris ». Nous ne constatons cependant ni ces pleurs ni ces rires.

Le *caractère* se serait également modifié. Mais ce caractère semble avoir toujours été bizarre ; à l'école, par exemple, elle se refusait à saluer sa maîtresse, une religieuse, « parce qu'elle n'aime pas les gens faux » ; elle n'avait pas d'amies « qui vous flattent devant, et derrière vous assomment à coups de bâton » et croyait que « les femmes étaient jalouses de sa position ». Cependant, ces temps derniers, elle serait devenue, de son propre aveu, bien plus irritable encore — « la moindre chose l'agaçait », — « méchante même », dit-elle ; c'est ainsi que, ces jours-ci, elle donnait des coups de bâton à sa « petite » qu'elle aime beaucoup néanmoins.

L'*activité* semble, par contre, s'être ralentie ; chez elle, elle n'avait le goût de rien faire, « parce qu'elle n'avait pas la force de remuer » (?) ; elle « n'avait envie que de dormir » (mais ne le faisait que couchée sur son lit ; dans un fauteuil elle ne pouvait y arriver) ; d'où siestes fréquentes l'après-midi qui, d'ailleurs, ne compromettaient en rien le sommeil de la nuit.

Cependant nous constatons un peu d'excitation dans sa façon de répondre à nos questions ; le visage se colore plus vivement encore, les yeux d'ordinaire assez ternes brillent, des gestes ponctuent les

phrases ; la malade, peut-être impatientée par notre long interrogatoire, s'agite dans son lit, change constamment de position ou d'attitude, modifie fréquemment la disposition de ses couvertures. Elle n'est pas d'ailleurs sans avoir conscience de cette excitation : « Je suis très vive, dit-elle, je réponds avant qu'on n'ait fini de me poser la question », et c'est vrai.

Après la visite, elle se lève comme la plupart des autres malades, s'habille avec le concours de sa voisine, aide à faire son lit ; elle ne s'intéresse pas beaucoup à ce qui se fait autour d'elle, mais répond volontiers aux questions qu'on lui pose ; dans ces bribes de conversation percent à chaque instant l'ennui qu'elle éprouve de se trouver à l'hôpital, loin des siens, et le désir de revoir son chez soi dont la nostalgie la hante ; dès le premier jour elle voudrait repartir.

La plus grande partie de la journée, elle demeure assise sur une chaise, près de son lit, inoccupée, le regard perdu dans le vague ; vient-elle à marcher, elle erre çà et là dans la salle, au hasard, sans but, l'esprit visiblement ailleurs, inattentif en tout cas aux dialogues qui s'échangent autour d'elle, aux mille et un petits événements de la salle qui fournissent pourtant aux autres matière à commentaires ou à plaisanteries. A table, elle mange correctement, proprement et non sans plaisir. Elle va seule au cabinet et d'une manière générale se tient très propre. Le soir, elle se déshabille et se couche d'elle-même ; la nuit, elle est calme, bien qu'elle en passe la plus grande partie éveillée.

M^me^ B... reste trois semaines à l'hôpital où elle suit un traitement dirigé contre l'hypertension artérielle.

Le 28 juillet, on pratique la ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien sort rosé, sans pression ; albumo-réaction négative ; après centrifugation de dix minutes, coloration au Giemsa : pas de leucocytose.

Lorsque M^me^ B..., qui ne pouvait plus supporter le séjour de l'hôpital, s'en retourna chez elle, elle était visiblement améliorée. La démarche était moins hésitante et moins lourde. Elle s'intéressait davantage à ce qui se passait autour d'elle et prenait part d'elle-même aux conversations circumvoisines. A noter que la dernière semaine de son séjour à l'hôpital la sœur du service remarqua que la malade pleurait volontiers et souvent (ce que nous n'avions pu constater lors de notre premier examen) ; pour un rien, elle avait la larme à l'œil, surtout lorsqu'elle

était amenée à parler de son retour chez elle dont la pensée la travaillait et ne la quittait plus. Mme B... sort de l'hôpital deux semaines après y être entrée.

9 décembre. Le fils de Mme B... vient de nous écrire pour nous donner des nouvelles de sa mère. A son retour chez elle, il l'a trouvée améliorée : elle semblait vouloir s'occuper davantage de son ménage que par le passé ; cependant elle « continuait à être constipée, à ressentir des tournements de tête et à faire les choses de travers comme par le passé. »

Le 27 septembre dernier, il l'a trouvée étendue par terre ; elle ne pouvait se relever ; il l'a assise sur un fauteuil, « elle parlait encore et se laissait facilement conduire (?). Dix minutes plus tard, elle ne pouvait plus parler ni se tenir sur ses jambes. »

Un médecin appelé diagnostique une hémorragie cérébrale. « Au bout de quelques jours, elle était rétablie et avait recouvré la parole ; mais elle ne pouvait plus rien faire et ne remuait que le bras droit et à peine le côté gauche. »

Il y a quinze jours, elle aurait eu un nouvel ictus.

Observation III

(Due à l'extrême obligeance de M. le Dr Anglade, directeur de l'asile de Château-Picon)

Résumé. — Femme, soixante-quinze ans. Depuis quelques mois, affaiblissement global de l'intelligence, désorientation complète, agitation, satisfaction niaise. Actuellement, réflexes pupillaires faibles, dysarthrie et paraphasie, tremblement de la langue, des muscles faciaux, des mains ; réflexes tendineux vifs. Liquide céphalo-rachidien normal.

Veuve La..., soixante-quinze ans.

Père mort très âgé, en dormant. Mère morte de vieillesse. Une sœur excentrique.

A fait une fausse couche et eut quatre enfants, l'aînée morte à vingt-huit mois (méningite) ; la deuxième morte en nourrice (de faim ?) ; la troisième morte à trois mois ; le quatrième vit encore, est rhumatisant et père lui-même de deux enfants bien portants.

Pas de maladies mentales dans la famille.

Le début de la maladie actuelle remonterait à quelques mois : chez elle, où elle vivait seule, elle criait : au voleur ! accusait ses enfants de la dépouiller, faisait des scènes de violence.

Elle entre à l'asile de Picon avec le certificat suivant de M. le Dr Galtier, chef de clinique des maladies mentales à l'hôpital Saint-André : « Affaiblissement global des facultés intellectuelles et de la mémoire. Désorientation absolue dans le temps et dans l'espace. Tremblement de la langue. Troubles de la parole, des réflexes pupillaires ; exagération des réflexes tendineux.

» Elle présente de plus des symptômes survenant par crises, qui consistent en tentatives de suicide inconscientes, agitation vive, accompagnée de cris, actes de violence contre son entourage, dont elle ne garde pas le souvenir. »

État actuel. Troubles somatiques. — Le deuxième bruit est claqué au foyer aortique. Les radiales sont souples, mais la tension un peu au-dessus de la normale. Arc sénile.

Léger tremblement fibrillaire de la langue ; quelques secousses en trombone. Tressaillements de l'orbiculaire des lèvres. Trémulation des doigts.

Réflexe patellaire très vif des deux côtés. Les pupilles sont égales, réagissent à l'accommodation des deux côtés ; le réflexe à la lumière, normal du côté gauche, est paresseux à droite.

Troubles paraphasiques et dysarthriques : ne peut dire le nom de l'objet qu'on lui montre.

Troubles psychiques. — Démence globale, sans délire ; satisfaction niaise. Ne répond aux questions que d'une façon incohérente. Elle cherche ses mots. Sa pensée n'est pas suffisamment nette pour être exprimée.

A son entrée au quartier elle est très agitée et doit être maintenue au lit par deux infirmières, qu'elle essaie d'ailleurs de frapper. Elle crie dès qu'on l'approche et semble avoir peur. Elle se défend dès qu'on veut lui prendre la main.

Les jours suivants, elle est plus calme, souriante même. Mais elle se met facilement en colère, tire ses draps, court dans la salle. Elle dort irrégulièrement la nuit. Elle ne sait pas son âge ni depuis quand elle est ici.

Le liquide céphalo-rachidien ne contient ni lymphocytes ni albumine.

DEUXIÈME GROUPE : **Observations sans ponction lombaire**

Observation IV

(Due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Régis)

Résumé. — Homme, quarante et un ans ; hérédité alcoolique. Depuis six mois, céphalées, insomnies, cauchemars, perte des érections, oublis de mémoire, accès de violence. Actuellement, affaiblissement intellectuel, préoccupations hypocondriaques, tremblement fibrillaire de la langue, tressaillements musculaires de la face, hésitations et accrocs de la parole, aspect tremblé et grossier de l'écriture ; sensibilité testiculaire abolie.

Ba... boulanger, quarante et un ans.

Père mort à soixante-six ans, d'accidents urinaires ; était faible de la tête. Mère morte à quarante-neuf ans, d'une attaque d'apoplexie ; tous deux auraient eu des habitudes éthyliques. Cinq frères et sœurs : deux sont morts, l'un des fièvres tropicales, l'autre de maladie inconnue ; les trois autres sont bien portants.

Ba... lui-même a eu une rougeole grave avec orchite à vingt ans ; réformé au bout de cinq mois de service militaire, pour varices. Opéré en 1905 pour une mastoïdite droite : depuis, surdité complète de ce côté. Marié en 1899 et père d'une fillette qui a aujourd'hui dix ans. Ba... ne fait pas d'excès alcooliques ; nie avoir eu la syphilis ; accuse une chaudepisse en 1906. Il y a six mois environ, à la suite d'ennuis d'argent et de surmenage, a commencé à ressentir des maux de tête continus avec exacerbations : il lui semblait qu'on lui fendait la tête ; il avait des élancements. Insomnies. Cauchemars qui le réveillaient en sursaut. Violents maux d'estomac ; digestions pénibles ; tendances invincibles à la somnolence après les repas. Il transpirait souvent la nuit ; surtout entre les jambes. Souffrait violemment de la région du cœur ; palpitations. Disait à sa femme qu'il n'en avait plus pour longtemps. Depuis cette époque ses fonctions génitales sont abolies.

Ba... fut bientôt obligé de cesser son métier de boulanger ; il commençait à éprouver dans son membre supérieur droit et ses deux membres inférieurs des sensations de lassitude, de pesanteur avec élancements. On l'emploie alors à vendre des gâteaux ; mais il a des absences,

des oublis, néglige de rendre la monnaie. Lui-même sent qu'il n'est plus comme autrefois ; il se rend compte de l'affaiblissement des facultés intellectuelles ; il a de fréquents accès de violence pour des motifs futiles ; il n'a plus d'esprit de suite. Comme ses affaires périclitent, il manifeste à sa femme l'intention de mettre le feu à sa maison, comptant que la Compagnie d'assurances lui paiera une forte somme. C'est à grand'peine que sa femme le détourne de ce projet.

Comme la fatigue augmente de plus en plus, Ba... entre à l'hôpital le 14 décembre 1909.

Le malade a une physionomie triste. Il répond bien, mais avec une extrême lenteur aux questions qu'on lui pose. Il est d'une taille moyenne et d'une constitution robuste. Signes physiques de dégénérescence. Peu intelligent et peu instruit.

Troubles psychiques. — Amnésie portant sur les faits anciens et sur les faits récents, surtout sur les faits récents ; si on lui demande s'il a reçu une visite la veille, il hésite avant de répondre et se trompe quelquefois. Il se rend compte que sa mémoire a baissé et souffre de ne pouvoir répondre juste. Son amnésie des faits anciens varie d'un jour à l'autre ; tel jour il peut donner des renseignements sur son enfance, sa famille, sa vie, et le lendemain il ne peut plus rien dire de tout cela. Les efforts intellectuels qu'il doit faire pour comprendre les questions et y répondre le fatiguent beaucoup. Désorientation dans le temps et le lieu.

Ba... reçoit avec plaisir la visite de sa femme, s'entretient longuement avec elle, demande des nouvelle de ses affaires et de sa famille ; un jour qu'il apprend que son frère est malade en Amérique, il témoigne vivement du désir d'avoir de ses nouvelles.

Ba... se préoccupe de son état ; il s'ennuie à l'hôpital.

Troubles somatiques. — Faiblesse musculaire. Tremblement fibrillaire de la langue ; légers tressaillements des muscles de la face quand il tire la langue. Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Réflexes crémastériens abolis. Réflexes abdominaux diminués. Réflexes plantaires, au chatouillement : diminués. Réflexes pupillaires normaux. Sensibilité testiculaire abolie. Quelques faux pas dans la parole et nombreuses hésitations. L'écriture présente un tremblement général des traits, une brusque déviation des lignes et des lettres mal formées.

Le sommeil est léger et peuplé de cauchemars, moins pénibles cependant depuis qu'il est à l'hôpital. Le malade a toujours une tendance à la somnolence après les repas. Quelques vertiges.

Traces d'albumine dans l'urine.

Observation V

(Due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Régis)

Résumé. — Homme, cinquante-neuf ans. Depuis cinq ans, affaiblissement intellectuel, troubles de la parole. Il y a un an et demi, ictus apoplectiforme, irritabilité du caractère. Il y a trois mois, légère agitation maniaque, affaiblissement plus marqué de l'intelligence, délire onirique nocturne. Actuellement, réactions pupillaires faibles, tremblement fibrillaire et secousses en trombone de la langue, tremblement de la main, dysarthrie, écriture tremblée, réflexes tendineux vifs.

Ve..., cinquante-neuf ans, marin.

Père asthmatique, mort à soixante-douze ans. Mère morte au même âge : aurait eu dans sa vie une crise de rhumatisme articulaire aigu. On ne relève dans les antécédents personnels ni syphilis ni alcoolisme. A pêché la morue pendant douze ans à Terre-Neuve. N'aurait eu que les « fièvres » (?) et la « picote volante ».

Il y a dix-neuf ans il éprouve une grande contrariété et reçoit un coup de pied dans la région épigastrique qui l'immobilise quinze jours au lit. A partir de cette époque, il devient très irritable.

Il y a quatorze ans, paralysie partielle de la jambe qu'on soigne par l'électricité.

Crises d'asthme de temps à autre.

Il y a cinq ans, l'inconduite de son fils lui cause un grand chagrin à la suite duquel apparaissent les premiers troubles mentaux ; il ne comprenait plus exactement les paroles que lui adressait sa femme et lui disait qu'elle ne savait plus parler. C'est vers la même époque que débutèrent les troubles de la parole.

Il y a un an et demi, il tombe paralysé dans la rue ; il aurait eu à ce moment de la fièvre, mais jamais de contractures. En même temps, accès de délire ; hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le caractère devenait de plus en plus irritable.

Il y a trois mois, il commença à commettre des actes excentriques (déchirait les draps, se mettait à la fenêtre en chemise et interpellait les passants).

Il y a quinze jours, il ne reconnaissait pas sa femme, voulait lui mettre les doigts dans les yeux pour extraire les animaux qui étaient en elle. Il avait l'habitude de cacher les objets. Il a déféqué plusieurs fois dans une cuvette et l'a placée ensuite sur une table. Il voyait la maison inondée d'eau ou bien des personnes qui voulaient attenter à sa vie, mais qu'il ne reconnaissait pas.

Il entre à l'hôpital. La première journée, il se tient tranquille ; mais le soir a une crise de délire aigu, crie : « Au voleur ! » voit des fantômes, se lève, monte sur son lit et sur celui de son voisin ; il brise la chemise de contention qu'on est obligé de lui mettre. Le lendemain matin, le calme complet est revenu, mais le soir le délire revient avec hallucinations. Le délire s'est encore reproduit souvent les nuits suivantes, mais plus tranquille. Les journées ont toujours été calmes.

Etat actuel (12 janvier 1905). — Légère déviation de la langue qui est en même temps animée d'un tremblement fibrillaire. Quelques mouvements de trombone.

La main, succulente, tremble lorsqu'elle est étendue. Marche à petits pas, mal assurée.

Pupilles égales, réagissent faiblement à la lumière et plus faiblement encore à l'accommodation.

Réflexes rotuliens vifs.

Sensibilité à la piqûre et au contact très fortement diminuée aux mains, aux bras et à la partie antéro-interne des cuisses. Pas d'analgésie testiculaire. Sens stéréognostique un peu diminué.

Parole traînante, tremblée, embarrassée, hésitante. Il ne peut répéter exactement « inamovibilité ».

Il ne sait écrire que son nom ; il ne le fait que très difficilement et que très lentement. L'écriture est tremblée et les lettres mal formées.

Artères dures et flexueuses (surtout la temporale) ; le pouls est dur, mais régulier. Varices volumineuses, surtout au mollet gauche ; léger œdème des membres inférieurs.

La mémoire et l'émotivité sont normales. Cependant quelques contradictions dans les idées exprimées : c'est ainsi qu'il dit avoir voué à un

de ses ennemis une haine éternelle, mais, une minute après, affirme ne plus lui en vouloir du tout.

1er février. Le malade, depuis quelques jours, n'a plus de délire hallucinatoire nocturne. Mais son état physique empire ; la marche devient presqu'impossible, la parole presqu'inintelligible.

4 février. Sommeil très agité. Le délire est revenu ; il est surtout nocturne (le malade parle d'argent principalement). Ce matin il est assis dans son lit, agite ses draps, les plie et les replie pendant un quart d'heure. Il semble vivre complètement étranger au monde extérieur. « A quelle date sommes-nous ? », lui demande-t-on. — « Le 14 octobre 1880 ». Il sait cependant qu'il se trouve à l'hôpital.

14 février. Même état. Le malade est méchant et agressif, se plaint qu'on ne lui donne pas assez à manger, pour le moindre motif s'emporte contre ses voisins et les frappe. Le sommeil est mauvais ; il voit des ombres, du sang. L'appétit demeure excellent, les digestions normales.

La suite de l'observation manque malheureusement, le malade a quitté l'hôpital et on ne sait ce qu'il est devenu.

Observation VI

(Due à l'extrême obligeance de M. le Professeur agrégé Abadie)

Résumé. — Homme, cinquante-trois ans. Depuis un an céphalées occipitales, affaiblissement de la mémoire, tournements de tête. Actuellement fatigue au moindre travail, cercle sénile, inégalité et irrégularité des pupilles, instabilité et trémulation de la langue, troubles de la marche, exagération des réflexes tendineux, athéromasie des artères périphériques, premier bruit étouffé, dysarthrie, écriture tremblée.

Dus..., cinquante-trois ans, employé dans un chai.

Antécédents : a) héréditaires : peu intéressants ; *b) personnels :* Nie tout antécédent syphilitique. Marié à vingt-sept ans. Sa femme aurait eu deux enfants bien portants et fait une fausse couche à la suite d'une chute. Buvait quatre litres de vin par jour, mais jamais d'apéritifs.

Histoire de la maladie. — Depuis l'an dernier, maux de tête localisés

dans la région occipitale. Il en souffrait tous les jours, par crises paroxystiques (lancements).

Depuis la Noël 1904, on s'est aperçu qu'il perdait la mémoire ; il commençait son travail, s'arrêtait et ne se souvenait plus de ce qu'il faisait ; de même, quand il parlait, il s'arrêtait et ne pouvait continuer. Aurait eu, depuis le commencement de sa maladie et à la suite d'une contrariété, une « crise de nerfs » (?) avec perte de connaissance. Il aurait eu de même de nombreux « tournements de tête ».

Etat actuel (août 1905). — *A) Etat somatique.* — Apparence de bonne santé ; cependant, il serait devenu plus faible et se fatiguerait pour le moindre travail.

L'air un peu étonné ; face toujours très rouge. Cheveux rares sur le haut du front et des tempes. Pas de parésie faciale. Fentes palpébrales égales ; pas de tremblement des paupières ; pas de ptosis. Cercle sénile très apparent, surtout marqué à la partie supérieure et interne des iris. Pupilles inégales et irrégulières ; la droite, notamment, est légèrement ovalaire, aplatie de haut en bas. Réflexes iriens normaux à la lumière, à l'accommodation et à la convergence, difficiles à la douleur. Motilité externe de l'œil normale. Pas de nystagmus. Vue faible.

La bouche ouverte, pas de frémissement des muscles des lèvres, du menton ni des zygomatiques. La langue tirée est instable ; elle est animée de mouvements constants, surtout sur ses bords latéraux ; de temps en temps, on voit quelques mouvements légers de projection antéro-postérieurs, sans mouvements en trombone véritables.

La main étendue dans l'attitude du serment ne tremble pas, mais chaque doigt est animé de mouvements d'instabilité particuliers (notamment l'index et l'annulaire).

Pas de tremblement vrai des membres, de la tête ou du tronc.

Marche très lente, les jambes écartées. Pas de Romberg. Croise bien les jambes au commandement.

Réflexes. — Scapulo-huméral nul des deux côtés ; tricipital, un peu exagéré des deux côtés ; radio-palmaire normal des deux côtés ; rotulien et achilléen un peu exagérés, surtout à droite ; abdominaux et testiculaires conservés ; plantaires nuls au chatouillement et au grattage (la sensibilité de la plante du pied est cependant conservée).

Appareil digestif. — Appétit bon. Pas de troubles digestifs. Pas de constipation.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler.

Appareil circulatoire. — Varicosités de la face et des joues.

Radiale un peu épaissie. Pouls radial, régulier à 60; tension légèrement augmentée.

L'humérale se sent sous les doigts ; elle est très apparente dès l'aisselle et on la voit battre violemment sur 6 centimètres au-dessus du pli du coude. Temporale gauche très sinueuse.

Carotides senties au-dessus des clavicules. Aorte non sentie derrière la fourchette sternale ; elle ne se dilate pas après la percussion du 2e espace. Augmentation légère de la submatité des gros vaisseaux au niveau du sternum.

On ne voit pas battre la pointe du cœur; pas d'augmentation de la matité cardiaque. Bruits bien frappés à la pointe, plus sourds à la base ; le premier bruit à la base est très étouffé.

Pas de palpitations, d'essoufflement, d'angoisse. Pas de crampes dans les jambes, de doigt mort, d'épistaxis, de bourdonnements d'oreille, de vertiges, d'ictus. N'est pas frileux. Maux de tête de temps à autre sur le haut du crâne.

Appareil génito-urinaire. — Urine bien, sans rétention ni incontinence. Erections totalement supprimées.

Parole. Parole spontanée. — Parle peu, par monosyllabes ou par courtes phrases. Parole explosive. Quelques syllabes sont parfois répétées en bégaiement léger. Les mots sont scandés de temps en temps ; le ton devient ânonné. Il n'y a cependant pas dans le corps des mots de répétition de lettres ou de syllabes.

Répétition des mots. — On lui propose : Constitutionnel, il dit: Con... conditionnel. On lui propose : Régiment d'artillerie, il dit : d'artillerie; on lui répète : Régiment d'artillerie, il dit : d'artillerie, régiment d'artillerie ; on reprend encore : Régiment d'artillerie; cette fois, il répète bien.

Lecture. — Lit couramment et sans faute (mais se rappelle très imparfaitement ce qu'on lui fait lire).

Ecriture. — Le malade, qui savait un peu écrire et signait couramment son nom, ne peut tracer : Bordeaux ; il ne peut même pas faire un *a;* si on lui fait copier son nom, il n'en peut tracer que les deux premières lettres, dont les traits sont d'ailleurs fortement tremblés.

B) Etat psychique. Troubles de la mémoire. — Ne peut dire son âge qu'après effort et réflexion. De même pour le prénom de sa femme et son nom de fille. Ne se souvient pas du nom du maire de sa commune. Souvenirs anciens assez bien conservés. Ne peut dire d'un trait les jours de la semaine ni les mois de l'année. Il est employé dans les chais et ne se rappelle plus à quelle époque on soutire le vin. Ne se rappelle plus ses prières : « Notre père » et « Je vous salue Marie ». Il raconte une histoire et quelques minutes après revient sur cette histoire; d'autres fois il ne se rappelle plus ce qu'il a fait un moment auparavant. Compte jusqu'à 40 sans hésiter (sauf à 33) mais s'arrête à 40 et dit que ça le fatigue. Impossible de compter à reculons, il n'essaie même pas.

Calcul. — Additionne $8 + 8$, mais non $5 + 6$. Ne peut multiplier 5×6.

Existence journalière. — Passe son temps à se promener, marche souvent seul. A l'air de réfléchir. Est très propre. Mange à sa place. Fait son lit. Cause avec les autres. Fait marcher un de ses camarades. Ne pleure pas dans la journée. N'a jamais eu ni fugue ni délire. Se rend compte que ses idées sont troublées, qu'il n'est plus le même.

Dus... est retourné chez lui. Son médecin auquel nous avons écrit pour lui demander des nouvelles du malade nous apprend qu'un traitement qu'il avait institué par des pointes de feu répétées tous les quinze ou vingt jours, le long du rachis, dans la région dorsale et à la nuque, « a produit une amélioration telle que Dus... qui était auparavant une sorte d'infirme a pu sortir, marcher longuement en poussant la charrette de sa femme qui était blanchisseuse ». Il l'a perdu de vue dans la suite, mais sait qu'il est mort, il ne peut nous dire exactement quand ni de quoi. Il ne croit pas cependant qu'il ait duré plus d'un an.

Observation VII

(Tirée de l'Introduction à la psychiatrie clinique; traduction française d'après la deuxième édition allemande par Devaux et Merklen, 1907, p. 274)

Résumé. — Homme, quarante-cinq ans. Depuis trois ans céphalées occipitales. Ictus suivi d'aphasie, d'hypoesthésie, d'hémianopsie, de parésie du

côté droit passagères. Accès de confusion; vomissements, rétention d'urine transitoire, accès épileptiforme. Troubles de la mémoire, de l'orientation dans le temps. Affaiblissement de l'intelligence et de la volonté, avec conscience de son état. Parole lente, difficile. Troubles paraphasiques et paragraphiques. Fatigue générale prononcée. Nystagmus à droite. Hémiparésie et hémihypoesthésie droites. Sens stéréognostique troublé à droite. Marche à petits pas. Romberg. Tremblement des doigts. Réflexes rotuliens exagérés. Temporales sinueuses. Radiale dure. Urine fortement albumineuse.

Homme de quarante-cinq ans, électricien.

Il ignore tout de ses parents et de sa famile.

Pas d'antécédents pathologiques. Marié à vingt-deux ans, il eut deux enfants qui succombèrent. Pas de syphilis.

Il y a trois ans il commence à ressentir des céphalées, surtout occipitales, presque quotidiennes (tantôt le jour, tantôt la nuit). Il dormit une fois vingt-quatre heures sans arrêt; à son réveil il était à peine en état de se tenir sur ses jambes. On lui aurait dit qu'il avait du sucre dans ses urines. Il est entré à la clinique il y a sept mois.

Quand on cause avec le malade de sa vie antérieure on voit que ses phrases sont confuses. Il hésite beaucoup pour fixer une époque quelconque ; il ne peut citer le nom de son dernier patron, chez lequel il est resté plusieurs années. Il n'indique ni la date du jour, ni le millésime de l'année, confond les noms des villes où il a passé récemment et ne sait expliquer comment il est venu à la clinique. Il a une certaine conscience de ces troubles du souvenir : « C'est ridicule, dit-il, pour un homme de mon âge d'être aussi désorienté ».

L'affectivité est plutôt déprimée. Bien qu'il ne comprenne qu'imparfaitement la gravité de son affection, il a pourtant le sentiment de son impuissance. Il se reproche de s'être masturbé, d'avoir été condamné (il a été condamné en effet à dix-huit ans pour vol), d'avoir perdu sa place.

La faiblesse de sa volonté est des plus évidentes. Le malade s'exprime lentement, difficilement, cherche souvent ses mots ; il commet des erreurs dans le choix de ces derniers, maintes fois se trompe de syllabes et ne les intercale pas à leur place ; tous ces symptômes s'accentuent avec la fatigue du sujet, si bien qu'à la fin il devient malaisé de le comprendre.

Il commence à écrire son nom sans peine ; après quelques mots, c'est

un griffonnage dans lequel on distingue encore au besoin quelques lettres mais où l'ordre régulier des syllabes est modifié par l'interposition illogique d'autres syllabes et par la répétition des mêmes signes ; à la fin, le malade fatigué laisse tomber son crayon à côté de lui.

Le malade est bien bâti, a une nutrition générale bonne. Il a l'air fatigué cependant. La voix est tremblée. Persistance de la réaction pupillaire ; légers mouvements nystagniformes du globe oculaire à droite ; peut-être une légère hémianopsie. Sensibilité cutanée un peu diminuée à droite. Il reconnaît plus vite l'objet qu'on lui met dans la main à gauche qu'à droite. Force musculaire très affaiblie, surtout à droite. Démarche tremblante, à petits pas. Signe de Romberg. Légères oscillations des doigts quand la main est étendue. Réflexes rotuliens exagérés. Temporales sinueuses et très visibles. Radiale dure ; le pouls, régulier et plein, bat à 72 pulsations. L'urine contient des quantités d'albumine.

Deux mois après son entrée à la clinique il eut une syncope qui fut suivie le lendemain d'aphasie très marquée, avec hémianopsie, hypoesthésie et parésie du côté droit.

De temps à autre, il était très confus et plusieurs fois eut des vomissements. Tous ces stigmates disparurent vite et presque complètement. Le mois suivant il eut une rétention d'urine transitoire, et six semaines plus tard un accès épileptiforme.

Une cure mercurielle n'a pas amélioré l'état du patient, mais plutôt fait augmenter l'albumine et diminuer les urines. La médication iodurée a fait disparaître les phénomènes graves sans modifier l'état antérieur.

Le malade, quinze mois après son entrée à la clinique, meurt dans un asile de chroniques. L'examen de l'écorce montre l'existence indiscutable d'artério-sclérose.

CHAPITRE IV

Analyse et discussion des observations précédentes (Elles présentent le tableau paralytique et ce tableau est sous la dépendance de l'artério-sclérose cérébrale).

Nous n'avons pas, bien entendu, la prétention d'écrire ici l'histoire complète et définitive de la pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse. Nous ne possédons même pas les éléments qui nous permettraient de l'esquisser. Nous avons simplement voulu apporter à cette histoire des matériaux nouveaux : ce sont les 6 observations inédites qui précèdent et auxquelles nous avons joint le cas publié par Kræpelin dans son *Introduction à la psychiatrie clinique.*

Nous avons maintenant l'intention de mettre en relief l'enseignement que comportent ces observations et successivement :

1° De dégager le tableau paralytique qu'elles présentent ;

2° De montrer que ce tableau est sous la dépendance de l'artério-sclérose cérébrale.

I. — Les observations présentent un tableau paralytique

Nos malades offrent tous, en effet, un *affaissement des facultés psychiques*; cet affaissement est énorme dans le cas de Mme La... (Obs. III) où il se traduit par de la démence véritable ; il est encore très net dans les Observations V, VI et VII. Peut-être a-t-il besoin d'être démontré pour les Observations I, II et V.

Commençons par Po... (Obs. I). Certes, Po... a toutes les apparences d'un homme sain d'esprit ; il se conduit dans l'existence de la façon la plus raisonnable ; tout ce qu'il dit semble marqué au coin du bon sens. L'interroge-t-on, on est surpris de la rectitude de son jugement et de la précision de sa mémoire. Bien plus, sa conversation révèle une exactitude étonnante des souvenirs, une réelle hypermnésie... Mais arrêtons-nous ici. Cette hypermnésie elle-même, loin de témoigner d'un fonctionnement parfait du psychisme de Po... est peut-être un des signes précoces de sa déchéance cérébrale. M. le Professeur Régis est le premier qui ait attiré l'attention (en 1879) sur cette sorte d'excitation fonctionnelle, de coup de fouet passager des facultés mentales que subissent nombre de paralytiques généraux au début de leur maladie. Il semble que ces intelligences, qui vont sombrer à jamais, jettent une lueur plus vive avant de s'éteindre définitivement. Mais cette suractivité transitoire des fonctions mentales et physiques (mémoire, idéation, activité, etc.) laisse toujours transparaître, quand on y regarde de près, les premières atteintes de la démence commençante et ces atteintes ne nous échappent pas chez notre sujet : son pouvoir d'attention est diminué, sa volonté amoindrie ; le souci de ses intérêts est affaibli ; il semble peu préoccupé de reprendre son travail et il y a deux mois et demi qu'il chôme. Insensiblement sa conscience s'enlise dans l'indifférence finale.

Passons maintenant au cas de Mme B... (Obs. II).

Elle non plus n'a pas de troubles mnésiques bien marqués ou du moins si on les constate un jour on ne peut les retrouver le lendemain : ils sont essentiellement fugitifs, éphémères. Mais elle est désorientée ; elle a des ictus confusionnels (qui sont le prélude fréquent de la démence organique) ; elle s'intéresse médiocrement à ce qui se fait ou se dit autour d'elle ; elle devient apathique ; elle se trompe lorsqu'on la fait compter à reculons et ne sait plus où elle en est ; ses écrits présentent des troubles psychographiques que ne désavouerait point un paralytique général.

Et Ve... aussi (Obs. V) est sur la pente fatale. Les crises de délire onirique qui troublent son sommeil ne sauraient en imposer pour de la simple confusion mentale; l'onirisme hallucinatoire peut également se voir dans la maladie de Bayle, — quoique beaucoup plus rarement il est vrai, — et par ailleurs Ve... présente des signes indiscutables de déchéance mentale : il se contredit d'un moment à l'autre, commet des actes excentriques qui ne sont pas le fait d'un confus, mais d'un dément; son caractère devient irascible, son intelligence baisse, sa personnalité décline.

Et on ne nous dira pas que nos malades n'ont point les délires caractéristiques de la paralysie générale (délire mégalomaniaque d'une part, délire hypocondriaque de l'autre), car la réponse serait véritablement trop facile. Nous ne sommes plus, en effet, en 1822 où Bayle faisait de la manie des grandeurs un des trois symptômes fondamentaux (avec la démence et la paralysie) de la maladie qui depuis a porté son nom et l'on sait très bien aujourd'hui qu'il existe nombre de paralysies générales sans délire, quel qu'il soit. Quel est exactement le pourcentage de ces formes sans délire, de ces formes démentes simples, comme on les appelle, nous ne saurions le dire; les statistiques, à ce sujet, diffèrent dans leurs résultats; mais nous pouvons affirmer, sans nous tromper, qu'il est relativement élevé et il arrive à des spécialistes que nous connaissons de voir des séries de formes démentielles simples.

Cette absence des délires caractéristiques chez nos malades n'est donc pas ce qui empêcherait un psychiatre de carrière de les étiqueter paralytiques généraux; elle doit cependant être retenue, car si elle n'a rien qui doive surprendre considérée dans chaque cas en soi, elle mérite de fixer l'attention lorsqu'elle se montre dans 7 observations venant d'un peu partout : nous voyons rarement cela chez les paralytiques généraux et les séries auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure ne s'élevaient presque jamais à ce chiffre.

Mais nos malades présentent encore d'autres particularités

psychiques qui, sans être précisément l'apanage de la maladie de Bayle, s'y rencontrent avec une particulière fréquence. C'est ainsi qu'ils sont assez souvent euphoriques (Obs. I, II, III); ils sourient volontiers (mêmes observations); chez l'une (Obs. III), c'est la satisfaction béate et niaise dans sa complète expression; chez l'autre (Obs. I), cette euphorie se traduit par de la bienveillance, de l'amabilité, de l'altruisme (de cet altruisme sur lequel M. le Professeur Régis insiste beaucoup dans son enseignement clinique comme signe presque pathognomonique de la paralysie générale, — quand du moins il s'associe chez un malade à d'autres stigmates de dérangement cérébral).

Passe-t-on maintenant à l'ordre somatique, il n'est pas moins riche en symptômes caractéristiques.

D'abord, nos malades présentent tous le phénomène somatique capital de la maladie de Bayle : *l'embarras de la parole* et, pour être plus précis, *la dysarthrie*. Cette dysarthrie, on la constate le plus souvent dans le langage spontané; parfois cependant elle ne se révèle que dans la répétition des mots (Obs. I). La parole est tantôt explosive ou scandée, comme dans la sclérose en plaques (Obs. II et VI), tantôt hésitante (Obs. IV, V) ou franchement tremblée (Obs. V); ici elle est nasonnée (Obs. II), traduisant ainsi une ataxie du voile du palais; là elle offre des faux pas, de l'achoppement des syllabes (Obs. I, III, IV, VI), du bégaiement dysarthrique (Obs. VI). Assez souvent il existe de véritables troubles paraphasiques (Obs. II, III, VII) : mais ceci a une signification spéciale, davantage en faveur de la cérébro-sclérose que de la paralysie générale. Ce n'en est pas moins intéressant et nous saurons nous en servir tout à l'heure. Dans un cas, les troubles de la parole aboutissent à un bredouillement inintelligible (Obs. V) qu'on n'observe guère qu'à une période fort avancée de la paralysie générale.

Il est tout naturel d'examiner immédiatement, après les modifications du langage parlé, celles du langage écrit, de *l'écriture*. Or celle-ci présente chez tous nos malades, sauf

un (Obs. III), les mêmes particularités que décèlent les autographes des paralytiques : ou bien les lettres sont mal formées (Obs. I, IV), ou bien les traits sont brusquement déviés (Obs. IV) et généralement tremblés (Obs. I, IV, V). Mme B... (Obs. II), nous l'avons vu, présente des troubles psychographiques ; le malade de Kræpelin a de la paragraphie (Obs. VII).

Les *troubles pupillaires* sont fréquents. Les pupilles sont inégales (Obs. I, II, VI), déformées (Obs. I, VI), en myosis (Obs. I) ou en mydriase (Obs. II) ; ici, elles réagissent faiblement à la lumière et à l'accommodation (Obs. V) ou difficilement à la douleur (Obs. VI) ; là le signe d'Argyll-Robertson est ébauché (Obs. III) ou très net (Obs. II) : mais dans ce dernier cas, celui de Mme B..., une chorio-rétinite double empêche de donner au signe sa réelle valeur.

Presque partout, il y a du *tremblement de la langue* qui se manifeste, soit par des trémulations fibrillaires (Obs. I, III, IV, V) soit par des mouvements de propulsion antéro-postérieure (Obs. VI) ou de véritables secousses en trombone (Obs. I, II, IV, V), soit encore par de l'instabilité de l'organe (Obs. I, II, VI) et de l'impossibilité à le tenir immobile en propulsion (Obs. II).

Les *mains tremblent* souvent : tantôt c'est de l'instabilité de la main tout entière (Obs. I, V, VI) ou des doigts en particulier (Obs. III, V), tantôt comme dans le cas de Po... (Obs. I) ce sont ces secousses latérales des phalanges, si fréquentes dans la maladie de Bayle.

Mais là ne se bornent pas les troubles ataxiformes que l'on peut relever dans nos observations et qui sont au premier plan de la symptomatologie paralytique. Cette ataxie se traduit encore par des *tressaillements*, quand le malade ouvre la bouche, parle ou tire la langue, de *l'orbiculaire des lèvres* (Obs. I, III, IV), des *zygomatiques* (Obs. I, IV), du *menton* (Obs. I) ; par de l'*incertitude de la marche* (Obs. II, V, VI, VII), du *signe de Romberg* (Obs. I, VII) ; par de *l'inhabileté des membres supérieurs et de la maladresse des mains*

(Obs. I). Nous ne citons pas le cas de Mme B... (Obs. II) chez qui la maladresse reste localisée à la main gauche, ce qui est en rapport avec une hémiparésie gauche totale.

A noter encore chez nos malades certains détails qui entrent volontiers dans le cadre clinique de la méningo-encéphalite diffuse : des *altérations de la sensibilité générale*, de l'hypoesthésie à la piqûre et au contact (Obs. V, VII), de la confusion des sensations (Obs. I), des *modifications des sensibilités spéciales profondes*, de l'hypoalgésie oculaire (Obs. I, VI), trachéale (Obs. I), osseuse (Obs. II), de l'analgésie testiculaire (Obs. IV) ; de la *diminution ou de l'abolition des réflexes cutanés* : abdominaux (Obs. I, II, IV), crémastérien (Obs. I, IV), plantaire (Obs. I, IV, VI) ; de l'*affaiblissement de l'acuité visuelle* (Obs. I, II, VI), de l'*odorat* (Obs. I) ; Po... a une anosmie très nette de la narine droite et Voisin a fait de ce signe une manifestation précoce et fréquente de la paralysie générale ; de la *perte des érections* (Obs. IV et VI) malgré un âge peu avancé (quarante et un et cinquante-trois ans).

Il n'est donc pas douteux que les observations contenues dans ce travail présentent un tableau clinique conforme à celui de la maladie de Bayle et c'est ce diagnostic qu'on pourrait appliquer aux malades qu'elles concernent si on les examinait superficiellement. Voilà donc démontrée la première de nos propositions. Il nous reste maintenant à prouver la seconde.

II. — Le tableau paralytique est sous la dépendance de l'artério-sclérose cérébrale

Tout d'abord, il n'est pas lié à la méningo-encéphalite diffuse, lésion essentielle de la maladie de Bayle. Nos malades, en effet, ont tous dépassé, sauf un, l'âge habituel de l'éclosion de la méningo-encéphalite diffuse ; celle-ci débute, le plus habituellement, entre trente-cinq et quarante-cinq ans ;

or tous nos malades ont au delà de quarante-cinq ans, à part Ba... (Obs. IV) qui a quarante et un ans.

Mais il y a plus : aucun d'eux n'a eu la syphilis ; non seulement leurs déclarations sont formelles sur ce point, mais encore rien dans leur histoire et dans leur examen ne nous autorise à les mettre en doute, rien ne nous permet de soupçonner l'intervention du tréponème dans leurs antécédents pathologiques et quand l'épreuve de Wassermann (Obs. I) et la ponction lombaire (1) (Obs. I, II, III) ont pu être faites, elles se sont nettement prononcées contre cette étiologie.

Or l'on sait l'importance qu'a acquise de nos jours la syphilis, sous l'influence des travaux de M. le Professeur Régis, comme agent causal de la méningo-encéphalite diffuse. L'accord est presqu'unanimement fait aujourd'hui à ce sujet et ce n'est point une des moindres fiertés de l'école psychiatrique de Bordeaux d'avoir vu peu à peu se rallier les plus grands noms de la médecine mentale à une idée qu'elle fut seule un jour à défendre, dans le désarroi général et la contradiction des opinions proposées.

On peut dire actuellement, sans crainte de se tromper, que la presque totalité des paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques. Le laboratoire met tous les jours en action de nouveaux procédés de diagnostic expérimental de la syphilis : loin de combattre cette hypothèse, ils tendent tous à la fortifier et à en faire une de ces réalités cliniques dont il n'est plus permis à un esprit impartial de douter.

Voilà donc de fortes raisons qui s'opposent à ce que nos malades soient atteints de méningo-encéphalite diffuse, encore qu'ils en présentent le tableau classique. Mais il est d'autres causes qui peuvent déterminer ce tableau, en clinique ; ce sont des infections ou des intoxications, comme la tuberculose, la pellagre, le saturnisme, l'éthylisme et nous avons le

(1) Il est en effet d'expérience vulgaire que la ponction lombaire pratiquée chez les syphilitiques — même en dehors de l'hypothèse d'une paralysie générale — révèle toujours un certain degré de leucocytose du liquide céphalo-rachidien.

devoir de rechercher si ces facteurs ne sont point en jeu dans l'étiologie de nos malades.

Nous éliminons immédiatement la tuberculose et la pellagie, dont on ne trouve aucun indice dans les observations en question.

Nous écartons facilement le saturnisme dans le cas de Po... (Obs. I) : ce dernier, bien que son métier l'ait souvent exposé à des contacts de substances plombifères, n'a jamais présenté de phénomènes d'intoxication. Et l'on ne connaît pas d'exemple où la paralysie générale ait été la première manifestation de l'imprégnation saturnine.

Reste l'alcool : Po... et Dus... semblent en avoir abusé (Obs. I et VI) ; Po... a même eu de l'ascite et une congestion hépatique qui devaient certainement payer ses libations copieuses. Mais là se sont bornés ses accidents éthyliques ; il n'a jamais eu de manifestations nerveuses, ce qui ne doit pas nous étonner, puisqu'il ne buvait guère que du vin. Quant à Dus..., il n'a jamais souffert, en aucune façon, de ses excès de boisson. Ici encore il serait curieux qu'une paralysie générale s'installât d'emblée, comme première manifestation nerveuse de l'éthylisme.

Si donc le tableau paralytique, évident chez nos malades, n'est lié ni à la syphilis, ni à la tuberculose, ni à la pellagre, ni à l'alcoolisme, de quoi peut-il relever?

De l'artério-sclérose. Nous prétendons qu'il trouve son explication suffisante et nécessaire dans l'artério-sclérose que présentent tous nos sujets à un degré quelconque.

Mais ici nous prévoyons une grosse objection : Comment pouvez-vous soutenir que ce tableau paralytique a pour base anatomique une lésion que vous n'avez pas constatée, puisqu'aucune de vos observations (sauf celle de Kræpelin) ne comporte d'autopsie vérificatrice ? C'est là, nous ne nous le dissimulons pas, le point faible de notre argumentation. Aussi ne pouvons-nous pas affirmer que nos malades ne sont que des cérébro-scléreux. L'autopsie de l'électricien de Kræpelin, elle-même, ne suffit pas à lever tous les doutes ; car,

lorsque l'auteur allemand nous annonce « l'existence indiscutable d'artério-sclérose », il ne nous donne pas le protocole entier de l'examen *post-mortem* ; il ne nous dit pas si l'examen microscopique de l'écorce cérébrale a été fait et il ne nous convainct pas qu'à côté de cette artério-sclérose il n'y eût pas des lésions plus compétentes pour expliquer le tableau paralytique.

Nous n'avons donc pas l'outrecuidance de vouloir trancher à jamais la question de l'existence légitime de la pseudo-paralysie générale artério-scléreuse ; nous ne faisons qu'émettre des probabilités en sa faveur et de même que les chimistes découvrent par leurs calculs et leurs déductions des corps que le creuset ou la cornue ne démontreront expérimentalement que quelques années plus tard, nous avons le droit, nous autres médecins, de dire : derrière ces symptômes il y a tel processus anatomique, parce qu'il est logique qu'il en soit ainsi, sans nous préoccuper du temps que mettra l'avenir à vérifier sur le cadavre nos assertions.

Mais, en somme, il nous est bien permis, nous supposons, de raisonner en clinique comme en mathématiques, par l'absurde. Or nous venons de constater que nos malades ne peuvent pas être ou peuvent difficilement être des paralytiques généraux vrais ou des pseudo-paralytiques généraux relevant des causes connues jusqu'ici, sauf une : l'artério-sclérose. Est-il donc déraisonnable d'admettre que c'est cette cause, cette artério-sclérose, qui anime chez eux la scène clinique, puisque, loin de trouver dans leurs observations des arguments contre cette hypothèse, nous ne rencontrons que des raisons de nous y rattacher ?

Et ces raisons sont au nombre de trois :

1° Nos malades ont de l'artério-sclérose généralisée.

2° Cette artério-sclérose a des déterminations cérébrales autres que le tableau paralytique en question et ayant évolué en même temps que ce tableau et parallèlement à lui.

3° Le tableau paralytique s'est modifié dans le même sens que ces déterminations cérébrales, sous l'influence d'un traitement hypotenseur dirigé contre l'artério-sclérose.

1° Nos malades ont de l'artéric-sclérose généralisée.

a) D'abord ils ont été soumis à des influences susceptibles de développer cette artério-sclérose :

α) Ils appartiennent souvent à des familles où l'arthritisme, facteur étiologique prépondérant de l'artério-sclérose, est aisément décelable ; et par arthritisme nous entendons, avec Bazin, « un groupe de manifestations maladives qui éclosent ou se succèdent sous l'influence d'un lien constitutionnel, assez souvent héréditaire ». Ces manifestations sont justement celles que Bouchard a décrites sous le nom de « maladies par ralentissement de la nutrition » : obésité, diabète, migraine, asthme, rhumatismes, cancer, etc. Ce sont également celles que nous retrouvons dans l'ascendance ou dans la descendance de certains de nos sujets : Po..., par exemple (Obs. I), a un père migraineux et une mère cancéreuse ; Ve... (Obs. V) a un père asthmatique et une mère rhumatisante ; Mme La... (Obs. III) a un fils rhumatisant, etc.

β) Nos malades, eux-mêmes, ont ou ont eu des manifestations arthritiques : Po.. (Obs. I) est obèse et sujet aux migraines ; Ve... (Obs. V) a eu des crises d'asthme, etc.

γ) Dans leur histoire, on peut relever les intoxications qui occasionnent le plus souvent l'artério-sclérose, soit dans leur ascendance — les parents de Ba... par exemple (Obs. IV) sont des alcooliques, — soit dans leurs antécédents personnels : tantôt ce sont des intoxications exogènes, plomb (Obs. I), alcool (Obs. I, VI), etc., tantôt des intoxications endogènes, des auto-intoxications d'origine stomacale (Obs. I, II, IV) ou intestinale (Obs. II). A noter également les émotions, les chagrins qui attristèrent l'existence de plusieurs d'entre eux (Obs. II, IV, V) et qui ne sont pas une cause négligeable d'hypertension et d'artério-sclérose.

b) Nos malades présentent des manifestations de cette sclérose vasculaire. — Ces manifestations sont veineuses et artérielles. Veineuses, ce sont les varices ou phlébo-scléroses de Ba... et de Dus... (Obs. III et V) et les varicosités faciales

de ce dernier. Artérielles, ce sont les lésions aortiques de Po... et du malade de Kræpelin (Obs. I et VII), carotidiennes de Dus... (Obs. VI), humérales de Po... et Dus... (Obs. I et VI), radiales de Po..., de Mme B..., de Mme La..., de Dus.., (Obs. I, II, III, VI), temporales de Dus... et du malade de Kræpelin (Obs. VI et VII).

Cette sclérose se propageant dans les plus fines artérioles font le cercle sénile de la cornée, excellent indice d'usure anticipée de l'organisme et qui se voit nettement chez Po..., Mme B..., Mme La..., Dus... (Obs. I, II, III, VI). Elle peut encore se traduire par des phénomènes fonctionnels dont les crampes dans les jambes de Mme B... et de Ba... (Obs. II et IV) nous donnent des exemples.

c) Nos malades offrent enfin des localisations viscérales de cette artério-sclérose. — C'est la myocardite chronique de Mme B... et de Dus... (Obs. II et VI), c'est la sclérose des sigmoïdes chez la même Mme B... et chez Mme La... (Obs. II et III), c'est la cirrhose hépatique de Po... (Obs. I), c'est la néphrite interstitielle de Po..., de Ba... et du malade de Kræpelin (Obs. I, IV, VII).

2° Cette artério-sclérose a des déterminations cérébrales.

Nos malades ont de la céphalalgie (Obs. I, II, IV, VI, VII) souvent occipitale (Obs. I, VI, VII), des éblouissements (Obs. I), des dispositions neurasthéniques (Obs. I), des préoccupations hypocondriaques (Obs. II, IV, VI, VII), de la fatigue survenant rapidement après le moindre travail (Obs. I, IV, VI), de la somnolence diurne, surtout après les repas (Obs. I, II, IV), de l'insomnie nocturne (Obs. II, III, IV), un caractère devenu irritable (Obs. I, II, IV), de l'émotivité exagérée (Obs. II).

D'aucuns ont eu des ictus, incomplets et passagers, comme on en voit si fréquemment dans la cérébro-sclérose, avec (Obs. VII) ou sans perte de connaissance (Obs. II, V): tantôt c'est une crise épileptiforme (Obs. VII), tantôt une attaque

apoplectiforme (Obs. II, VII). A ces ictus succèdent soit de l'aphasie sensorielle (surdité verbale de Ve... Obs. V), soit de la paraphasie (Obs. II, III, VII), soit même de la paragraphie (Obs. VII), soit encore de l'hémiparésie (Obs. II, VII) : la caractéristique de ces reliquats est qu'ils sont légers, frustes, incomplets, transitoires. L'hémiparésie s'accompagne, le plus ordinairement, d'une vivacité plus grande des réflexes tendineux du côté parésié (Obs. II, VII), d'une diminution parallèle des réflexes cutanés (Obs. II), d'une augmentation des réflexes périostés (Obs. II), de clonus du pied et de la rotule (Obs. II), de diminution du sens stéréognostique (Obs. II, VII) et du sens kinesthésique (Obs. II).

A côté de ces ictus, nous trouvons des vertiges plus ou moins prolongés, plus ou moins violents (Obs. I, IV, VI) et l'on sait que pour certains auteurs (Grasset, par exemple) les vertiges sont des équivalents des ictus, des ictus avortés, chez les cérébro-scléreux.

Nous trouvons enfin dans nos observations des détails qui traduisent soit une irritation anormale du faisceau pyramidal chez nos malades, par exemple l'exagération, en dehors de tout ictus et de toute hémiparésie, des réflexes tendineux des deux côtés du corps (Obs. I, II, III, V, VI, VII), des réflexes périostés (Obs. I, II), des réactions musculaires à la percussion (Obs. I, II), une ébauche de clonus des deux rotules (Obs. II), une ébauche du signe de Kernig; soit un déficit — tout au moins fonctionnel — de l'écorce grise, comme la diminution du sens stéréognostique pour les deux mains (Obs. V); soit enfin, une altération des voies d'association motrice, comme la marche à petits pas (Obs. V, VII). Or cette irritation, ce déficit, cette altération, du moins selon ce mode et dans cette mesure, sont le plus fréquemment actionnés par la cérébro-sclérose d'origine vasculaire.

Avons-nous suffisamment démontré que nos malades étaient des artério-scléreux cérébraux et n'est-il pas tout naturel d'admettre que cette sclérose qui a si généralement touché leurs artères périphériques et leurs viscères et si pro-

fondément ravagé leurs centres nerveux ne saurait être étrangère aux manifestations de paralysie générale qu'ils présentent à côté des autres troubles encéphaliques ?

Cette interprétation se légitime d'autant plus que le tableau paralytique est né, le plus souvent, et s'est développé en même temps que le reste des symptômes nerveux dont il a reflété les oscillations et les fluctuations. C'est le cas, par exemple, pour Mme B..., Ba..., Ve..., Dus... (Obs. II, IV, V, VI). Avec chaque amélioration des manifestations nerveuses banales coïncidait le plus souvent un amendement des symptômes paralytiques et cette coïncidence ne prouve-t-elle pas justement que ces manifestations et ces symptômes reconnaissent dans les cas qui nous occupent la même cause : l'artério-sclérose cérébrale ?

3° Le tableau paralytique s'est modifié dans le même sens que les autres déterminations cérébrales de l'artério-sclérose sous l'influence d'un traitement hypotenseur. — On a certainement remarqué dans nos observations combien le repos, le simple repos au lit et à l'hôpital, a amélioré deux de nos malades (Po... et Mme B..., Obs. I et II); l'éloignement du milieu familial, l'absence de soucis et de contrariétés, le calme, la station plus fréquemment horizontale, un régime choisi et peu toxique, une hygiène spéciale, un traitement médicamenteux approprié en même temps qu'ils abaissaient la tension artérielle de nos sujets modifiaient leurs symptômes psychiques et physiques et déterminaient une amélioration saisissante de leur état. Cette amélioration se constatait dès les premiers jours de leur vie à l'hôpital et nous fûmes surpris en interrogeant Po.., et Mme B... dans leur lit, quelque temps après qu'ils fussent passés à la consultation, de constater une atténuation très nette des troubles alors observés, au point que nous nous sommes demandé si le procès-verbal de la consultation était bien celui qui les concernait. Quelques jours de tranquillité avaient suffi à opérer cette transformation qui permet-

tait déjà moins l'hésitation du diagnostic entre paralysie générale et cérébro-sclérose.

Que dire enfin de Dus... (Obs. VI) qu'un traitement décongestif des centres nerveux — révulsion ignée le long de la colonne vertébrale, dans le dos et sur la nuque — a amélioré à un tel point que l'infirme qu'il était a pu se lever, marcher, reprendre ses occupations journalières et faire des travaux de force : Voyons-nous souvent cela dans la méningo-encéphalite diffuse ?

Telles sont les considérations que nous désirions ajouter au chapitre de nos observations. Encore une fois, qu'on ne leur donne pas plus d'ambition qu'elles n'en ont réellement. Nous avons voulu simplement apporter notre humble pierre à l'édifice que bâtiront les travailleurs de demain. C'est à eux qu'appartiendra le soin de faire entrer l'histoire de la pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse dans sa voie définitive. Mais quelle que soit d'ailleurs la méthode qu'ils emploient, pour aboutir à un résultat positif et durable, pour mettre hors de toute contestation l'existence, la forme et les allures de cette pseudo-paralysie, il leur faudra, ce que nous n'avons pu faire, s'appuyer sur les constatations anatomo-pathologiques.

Il leur faudra prendre des observations de malades présentant le tableau paralytique, éliminer rigoureusement toutes celles dans lesquelles il sera fait mention des autres causes possibles de paralysie générale, ne conserver que celles ayant trait à des artério-scléreux et à des cérébro-scléreux notoires, veiller à ce qu'elles comportent toutes une ponction lombaire et une épreuve de Wassermann (faite aussi bien avec le sang qu'avec le liquide céphalo-rachidien) négatives en ce qui concerne la syphilis; puis, quand toutes ces sécurités cliniques seront réalisées, ils devront pouvoir produire le protocole des nécropsies correspondantes et dire : « Voilà ce que prétendait la clinique : de la paralysie générale ; voici ce qu'affirme l'anatomie pathologique : de la simple cérébro-sclérose. »

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse doit être fait, d'une part, d'avec la paralysie générale classique et le groupe des pseudo-paralysies générales syphilitique, tuberculeuse, saturnine, éthylique, pellagreuse, d'autre part, d'avec un certain nombre de manifestations morbides qui peuvent à un moment de leur évolution, surtout quand elles sont frustes et atypiques, lui emprunter une partie de sa symptomatologie : ce sont la démence artério-sclérotique, la démence organique, la mélancolie sénile ou présénile, la presbyophrénie de Wernicke, la démence sénile et la pachyméningite hémorragique.

Au cours du chapitre précédent, nous avons déjà signalé quelques-unes des différences qui séparent la *paralysie générale classique ou maladie de Bayle ou méningo-encéphalite diffuse interstitielle et chronique* de l'artério-sclérose cérébrale à type pseudo-paralytique. Nous les reprendrons ici en les développant et en y ajoutant certains éléments qui permettent de rapporter à sa cause réelle, dans l'un et l'autre cas, le processus symptomatique. Mais suivons le clinicien dans les deux étapes qu'il franchit successivement pour identifier la maladie et étiqueter le malade.

Première étape : Il reconnaît le tableau paralytique que présente le malade. Il y parvient facilement, s'il constate un affaiblissement du fonds mental, une maladresse ataxiforme dans les mouvements délicats, du tremblement des mains, de

la langue, des muscles faciaux, des troubles de l'équilibration, de l'incertitude de la marche, des altérations de la sensibilité, de l'inégalité ou de l'irrégularité des pupilles, une perturbation des réflexes iriens.

Deuxième étape: Il donne au tableau paralytique sa signification véritable et le rattache non à la méningo-encéphalite diffuse, mais à la cérébro-sclérose. Pour ce faire, il s'appuie sur les données suivantes :

Dans la méningo-encéphalite diffuse, la démence est plus profonde, plus globale; elle frappe avec la même intensité les différentes facultés psychiques (intelligence, volonté, affectivité); elle est, de plus, toujours égale à elle-même et lentement, mais fatalement progressive.

Dans l'artério-sclérose cérébrale ou dans la cérébro-sclérose, la démence est moins prononcée (toutes nos observations en font foi); souvent, elle demande à être recherchée (Obs. I, II, V). Elle est d'autre part moins globale et intéresse selon une différente mesure les divers modes du psychisme ; la sensibilité morale est longtemps conservée, l'affectuosité presque toujours intacte : l'artério-scléreux a très net le sentiment de la famille et de ses devoirs envers ses parents ; la volonté est moins déprimée que dans la maladie de Bayle ; c'est l'intelligence qui semble le plus sérieusement entamée. Et là encore, le déficit est inégal selon les facultés intellectuelles : la conscience, le sentiment de la personnalité, le sens autocritique ne paraissent guère altérés, le jugement est souvent correct : c'est l'idéation, l'association des idées, le pouvoir d'attention et surtout la mémoire qui sont le plus touchés. Et dans la mémoire elle-même, il faut faire une distinction entre la conservation des souvenirs anciens et la fixation des souvenirs récents. Celle-ci est grossièrement endommagée, celle-là est souvent parfaite ou, si elle comporte des amnésies, ces amnésies sont essentiellement lacunaires et il est étonnant de voir un malade qui ne se rappelle pas ce que vous venez de lui dire un instant auparavant, faire revivre avec une précision et une richesse de détails étonnantes des scènes ou des épisodes de son enfance.

C'est donc dans l'étude de la mémoire qu'il faut chercher un des meilleurs éléments de diagnostic entre la démence artério-sclérotique et la démence paralytique. Dans la première, l'amnésie porte sur tous les souvenirs ; dans la seconde, l'amnésie suit sa loi de régression naturelle, atteint d'abord les souvenirs récents, les plus mal fixés sur un cerveau malade, puis s'étend progressivement, en remontant les années, aux faits de plus en plus anciens qui se gravèrent sur un cerveau plus jeune, plus malléable, plus impressionnable. Mais ceci est loin d'être une règle absolue et tel paralytique avéré peut plonger inégalement dans la démence ses différentes facultés mentales ; il peut même avoir, surtout au début, certaines facultés absolument intactes ; son amnésie elle-même peut n'être que lacunaire. D'autre part, un artério-scléreux peut avoir une démence quasi totale : tel est, ce nous semble, le cas de Mme La... (Obs. III), et une amnésie concernant aussi bien les faits anciens que les faits récents (Obs. VII, par exemple).

La démence artério-scléreuse, au contraire de la démence paralytique, est essentiellement variable et se modifie d'un jour à l'autre et si nous prenons l'amnésie comme mesure ou plutôt comme indice de la démence, rien n'est plus curieux à ce point de vue que le cas de Ba... (Obs. IV), qui aujourd'hui peut donner des renseignements sur son enfance, sa famille, les péripéties de son existence et qui demain ne saura plus le faire.

Enfin, la démence artério-scléreuse est susceptible de régression (nos observations le démontrent) et s'oppose par là à la démence de la méningo-encéphalite qui est implacablement progressive. On a bien cité des exemples de rémission et même de régression de la maladie de Bayle : dans ces cas, les phénomènes surajoutés, les complications disparaissaient, les délires se taisaient, les signes physiques eux-mêmes s'amendaient, mais il est bien rare que les symptômes démentiels aient rétrocédé.

Un détail a certainement frappé dans nos observations.

Presque tous les malades se rendent compte de leur état et de leurs troubles psychiques. Certains même s'en affectent : « C'est idiot d'être aussi désorienté pour un homme de mon âge », dit le malade de Kræpelin, et Ba... (Obs. IV) souffre de ne pouvoir répondre juste aux questions qu'on lui pose. Presque tous enfin, sauf Mme La... (Obs. III), malgré leur sourire et sous une euphorie apparente, cachent une réelle préoccupation au sujet de leur santé. Voilà qui nous met loin de cette belle indifférence, de ce magnifique optimisme que nous rencontrons si souvent dans la paralysie générale, plus fréquemment, certes, que les tendances déprimées ou mélancoliques. En tout cas, les paralytiques généraux ne sentent guère la réelle gravité de leur état et surtout ils ne s'aperçoivent pas de leur déchéance psychique : c'est qu'ils ont perdu, eux, le sens autocritique.

De même, l'artério-scléreux se soucie davantage que le paralytique général de ses intérêts, de ses affaires, de ce qui se passe dans sa maison, quand il en est éloigné.

A noter encore l'absence, beaucoup plus fréquente dans l'artério-sclérose (puisque nous n'en avons pas relevé un seul cas) que dans la maladie de Bayle, des délires de prédilection de cette dernière : délire mégalomaniaque et délire hypocondriaque. Si le délire existe dans l'artério-sclérose il s'exprime le plus souvent par de l'onirisme hallucinatoire (comme dans l'Observation V), ou des idées de dépossession (comme dans l'Observation III).

Telles sont les distinctions que l'on peut rechercher pour attribuer tel état mental donné à la méningo-encéphalite ou à la cérébro-sclérose. Mais il s'en faut qu'elles soient constantes et, quand elles manquent ou qu'elles sont mal dessinées, on est obligé de demander aux troubles somatiques les raisons du diagnostic différentiel.

Ceux-ci, à la vérité, diffèrent peu dans l'une et l'autre maladie et ce sont des nuances, souvent délicates, que nous allons maintenant énoncer.

Si l'on rencontre dans les deux cas de l'inégalité, de l'irré-

gularité et de la déformation pupillaires, par contre le signe d'Argyll-Robertson, si fréquent dans la méningo-encéphalite, est très rare dans la cérébro-sclérose. Nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois : encore était-il simplement ébauché et d'un seul côté (Obs. III). Il ne faut pas tenir compte du cas de Mme B... (Obs. II) où il existe très net, mais où il traduit la chorio-rétinite double dont notre malade est affectée et non un processus de méningite chronique.

De même la trémulation des muscles faciaux, quand le sujet parle ou tire la langue, est beaucoup plus constante dans la paralysie générale que dans l'artério-sclérose. Elle est également plus accentuée.

Les secousses en trombone de la langue, tirée hors de la cavité buccale, font très rarement défaut dans la maladie de Bayle; elles manquent dans la moitié de nos cas de cérébro-sclérose.

Il n'est pas jusqu'au tremblement des mains qui ne diffère, considéré dans l'un et l'autre processus morbide : dans l'artério-sclérose c'est un tremblement le plus souvent banal, polymorphe, sans physionomie originale ; dans la paralysie générale, au contraire, il existe presque toujours, à côté d'autres trémulations ou instabilités de la main peu caractéristiques, des secousses ataxiformes et latérales, qui agitent les doigts brusquement, isolément, avec une sorte de prédilection pour l'index, le médius et l'annulaire.

Ces nuances sont bien légères. Elles ne sont pas d'autre part absolument infaillibles. Dans l'ordre physique comme dans l'ordre psychique, il est donc parfois malaisé de trouver des motifs pour guider le choix du praticien entre l'un ou l'autre diagnostic. Dans le tableau paralytique lui-même, rien ne peut se laisser apercevoir qui porte le cachet indubitable de la méningo-encéphalite ou celui de la cérébro-sclérose. En ce cas, on est alors obligé de demander à des éléments étrangers, à des circonstances concomitantes les indications nécessaires.

Certains d'entre eux sont de nature à faire écarter l'hypo-

thèse d'une méningo-encéphalite : à partir de cinquante ans et à mesure que le sujet avance en âge, celle-ci devient de moins en moins probable. Elle devient presque impossible si, en outre, on ne trouve, dans l'histoire et dans l'examen de son patient, ni aveu, ni accident, ni stigmate de syphilis.

D'autres fortifient, au contraire, l'hypothèse de la cérébro-sclérose comme cause du tableau paralytique et nous nous étendrons un peu plus longuement sur ceux-ci.

Ce sont d'abord les signes de sclérose vasculaire : aorte dilatée (avec augmentation de la matité des gros vaisseaux) ; insuffisance consécutive des sigmoïdes (avec souffle diastolique dans le 2e espace droit) ou leur induration (avec claquement clangoreux du 2e bruit à la base); plus souvent encore l'aorte est allongée, surélevée; on la sent derrière la fourchette sternale, on sent aussi les sous-clavières, surtout la droite au-dessus des clavicules; d'autres fois enfin, il y a anévrisme de la crosse. Les carotides battent violemment. L'humérale se voit à la partie inférieure de la face interne du bras, parfois sur une étendue de 8 à 10 centimètres; elle est animée de pulsations intenses. La radiale est dure, tendue, inégale. Partout se manifeste l'hypertension artérielle : le malade en présente les manifestations fonctionnelles qui ne sont autres que les petits signes du brightisme décrits par Dieulafoy. C'est également un sénile avant l'âge, avec un cercle cornéen plus ou moins accentué.

Ce sont ensuite les symptômes de sclérose viscérale : la tachycardie et l'étouffement du premier bruit qui signent la myocardite chronique ; la polyurie, la pollakiurie nocturne, l'albuminurie qui décèlent la néphrite interstitielle ; la congestion ou la cirrhose hépatiques.

Ce sont enfin les phénomènes encéphaliques de cette artério-sclérose : vertiges, éblouissements, ictus, céphalée occipitale, marche à petits pas et en traînant le pied, rire et pleurer spasmodique, etc.

Mais ces dernières manifestations peuvent être estompées

ou masquées par le tableau paralytique. Un signe permettrait alors, d'après Teissier (1), de Lyon, de soupçonner l'artério-sclérose qui ravage sournoisement le cerveau : c'est le signe des temporales. Pour cet auteur, en effet, il semble exister une corrélation étroite entre l'artério-sclérose profonde d'un segment du corps et l'état des artères superficielles. Si donc, les organes contenus dans le crâne sont le siège d'un processus sclérosant, les temporales seront saillantes, sinueuses, dures, animées de pulsations étendues ; leur tension s'élèvera facilement à 19, 25 et même 29 centimètres de mercure. Cette interprétation est très ingénieuse, mais nous ne faisons que la citer.

Ces différentes constatations en faveur de la méningo-encéphalite ou de la cérébro-sclérose ne suffisent pas rigoureusement à trancher la question, car d'abord il existe des paralytiques avérés âgés de plus de cinquante et même de soixante ans (2), il en existe d'autres également authentiques chez lesquels on n'a jamais pu déceler la syphilis (soit que celle-ci ait passé inaperçue ou même qu'elle n'ait jamais existé), et enfin il n'est pas défendu à la maladie de Bayle de s'associer ou de se superposer à l'artério-sclérose et même à la cérébro-sclérose.

C'est alors que l'on peut demander au laboratoire le complément d'information nécessaire pour asseoir un diagnostic de grande probabilité.

Binswanger (3), par exemple, insiste particulièrement, à ce sujet, sur l'état de la pression sanguine qui est de 150 milligrammes (avec quel sphygmomanomètre ?) dans l'artério-sclérose cérébrale, tandis qu'elle est constamment au-dessous

(1) Teissier, Séance de l'Académie de médecine du 25 février 1908. *Semaine médicale*, 26 février 1908.

(2) Et c'est avec ces paralysies générales séniles, on le conçoit, que le diagnostic est surtout difficile.

(3) Binswanger, XIV[e] Réunion des psychiatres et neurologistes de l'Allemagne centrale à Halle, 24 et 25 octobre 1908. *Monatsch. f. Psych. u. Neurol.*, vol. XXX, fasc. 2, p. 81, 1909.

de ce chiffre dans la paralysie générale. Nous hésitons à adopter ce moyen de diagnostic, *a priori* parce qu'il semble refuser à des hypertendus le droit à la méningo-encéphalite et à des paralytiques généraux la possibilité d'être en même temps des artério-scléreux, *a posteriori* parce que nous connaissons telle statistique de Bravetta de Mombello (1) qui, examinant la pression artérielle chez 48 paralytiques, l'a trouvée généralement élevée et *6 fois seulement normale ou un peu inférieure à la normale.* Comment Binswanger concilie-t-il ces faits avec le moyen de diagnostic qu'il préconise ?

Nous proposons, de notre côté, un élément de diagnostic expérimental que nous serions heureux de voir contrôler : c'est la ponction lombaire. On sait, en effet, que la ponction lombaire est depuis plusieurs années systématiquement pratiquée dans la paralysie générale et le tabes, ces affections sœurs et toutes deux parasyphilitiques. Au liquide céphalo-rachidien que l'on retire de la sorte des espaces sous-arachnoïdiens, on demande trois renseignements : Contient-il de l'albumine précipitable par la chaleur sous la forme d'un nuage floconneux ? Permet-il au sérum de lapin, chauffé à 80°, de dévier le complément, selon la méthode de Wassermann ? Comporte-t-il un nombre plus considérable de lymphocytes que d'habitude ? A ces trois renseignements, le liquide céphalo-rachidien du paralytique a le plus souvent répondu affirmativement ; pour parler en chiffres et si nous nous fions à une statistique de Marinesco (2), de Bucarest, l'albumo-réaction est positive dans une proportion de *cent pour cent,* le Wassermann de 92 °/₀ environ, le cyto-diagnostic dans la proportion de 90 °/₀.

A notre tour, nous avons fait l'albumo-réaction et le cyto-diagnostic chez deux de nos malades, Po... et Mme B... (Obs. I

(1) Bravetta de Mombello, La pression artérielle dans la démence paralytique. *Gazzetta medica lombarda,* nos 39 à 43, 1907.

(2) Marinesco, Sur le diagnostic de la paralysie générale et du tabes par les méthodes nouvelles, Séance de la Société de biologie du 24 avril 1909.

et II) et nous les avons vu pratiquer pour Mme La... (Obs. III). Dans ces trois cas ils ont été négatifs. Nous avons fait l'épreuve de Wassermann avec le sérum de Po..., elle a été également négative.

Peut-être y aurait-il donc dans ces petites pratiques de laboratoire, en somme assez simples avec les techniques usuelles, un procédé d'investigation nouveau et à mettre au point qui permettrait dans les cas douteux de faire pencher le diagnostic vers telle ou telle solution. Nous signalons ce point aux chercheurs.

Le diagnostic différentiel de la cérébro-sclérose à forme paralytique d'avec *les autres pseudo-paralysies* est chose relativement aisée. On se guidera sur la notion d'étiologie ; on questionnera minutieusement le malade et sa famille au sujet d'une intoxication alcoolique possible ; on recherchera avec soin les accidents et les stigmates de l'éthylisme ; on s'enquerra de la profession du sujet et on vérifiera s'il ne manipule pas les sels de plomb ; on examinera méticuleusement ses organes au point de vue de la tuberculose possible ; on ne laissera pas surtout passer sans la reconnaître la pellagre, qui peut dans sa période ultime offrir des manifestations paralytiques.

Rappelons enfin que la syphilis, outre la paralysie générale classique qui est plutôt une manifestation parasyphilitique, ainsi que nous l'avons dit plus haut, peut donner lieu, dans ses périodes secondaire et tertiaire et dans ses déterminations cérébrales, à des états confusionnels ou pseudo-démentiels susceptibles d'en imposer parfois pour de la démence artério-scléreuse. Mais ces états sont le plus souvent accompagnés de plaques muqueuses, de roséole, d'éruptions pustuleuses, de papules cuivrées, d'adénopathies inguinale, sous-maxillaire cervicale, de desquamation épidermique, de myalgies, etc., dans la période secondaire, de crises épileptiformes, de contractures, de névrites périphériques, de paralysies oculaires, etc., dans la période tertiaire. D'ailleurs, en cas de doute, le traitement mercuriel servirait de pierre de touche.

Mais il y a encore la *pseudo-paralysie générale arthritique* (1), isolée par Klippel en 1892 et dont nous avons déjà eu l'occasion de parler plusieurs fois. Nous avons même dit dans notre Introduction que c'est à l'étude de cette dernière que nous apportions notre contribution. Peut-être cette parole n'était-elle pas très exacte et peut-être pseudo-paralysie arthritique et pseudo-paralysie artério-scléreuse ne sont-elles pas tout à fait la même chose. Quoi qu'il en soit, si la dernière attend encore sa mise au point, la première, malgré les travaux remarquables de Klippel et la thèse de Conso (1900) qui les résume, a encore besoin de certaines précisions. Quand toutes les deux seront assises sur leur base définitive, on pourra voir quelles différences les séparent ou quelles ressemblances leur sont communes. D'ores et déjà, cependant, l'on peut dire que si l'une et l'autre comportent les mêmes lésions d'athéromasie encéphalique, la forme de Klippel se rapproche davantage du type clinique de la méningo-encéphalite diffuse, dont elle emprunte jusqu'aux délires. A noter toutefois que dans les observations que publie Conso dans son travail, l'influence de l'éthylisme n'est pas toujours suffisamment éliminée (dans ses Observations I et IV par exemple) et que la syphilis n'est pas constamment absente (son Observation V concerne un individu qui a été infecté par le tréponème huit ans auparavant). Toutes ces données modifient évidemment les conditions du problème. Il est vrai que Conso démontre au microscope la nature dégénérative des lésions de sa paralysie, qu'il oppose à la nature inflammatoire des processus histologiques de la méningo-encéphalite diffuse et c'est pour ces dégénérescences cellulaires et vasculaires qu'il réclame le patronage de l'arthritisme. Quoi qu'il en soit, ces quelques considérations sur la maladie de Klippel nous dispensent de nous étendre davantage sur le diagnostic différentiel entre elle et la cérébro-sclérose.

(1) Nous passons sous silence la *pseudo-paralysie diabétique*, dont l'existence est fortement contestée. Dans cette forme, les oscillations parallèles des symptômes paralytiques et du taux du glucose dans l'urine ont été considérées comme un des meilleurs éléments diagnostiques.

Nous serons bref sur le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse d'avec la *démence artério-sclérotique* d'une part et la *démence organique* de l'autre. Dans le premier cas, le sujet n'a que les symptômes psychiques de nos malades et nullement ces troubles ataxiformes de la motilité qui, avec les signes de déficit mental, forment le tableau paralytique de nos observations. Dans le second cas, — celui de la démence organique, — nous touchons à une question encore mal élucidée : on entend, en effet, par démence organique la démence post-apoplectique qui accompagne les reliquats somatiques des ictus. Cette démence est-elle le fait des lésions circonscrites qui tiennent sous leur dépendance les symptômes physiques (hémiplégie, etc.) ou bien est-elle due à des lésions diffuses surajoutées, comme le veulent Vigouroux et Anglade? L'accord n'est pas encore fait sur ce point. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les symptômes physiques et psychiques peuvent être absolument les mêmes dans les cas de démence organique et de pseudo-paralysie cérébro-scléreuse : celle-ci ne se distingue de celle-là que par les gros symptômes en foyer qui escortent la première. Mais la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse — comme d'ailleurs la cérébro-scléreuse simple — peut se compliquer d'apoplexie avec symptômes en foyer. Dans ce cas, le diagnostic devient presque impossible.

Certains symptômes énumérés dans nos observations, tels que tendances à la tristesse, préoccupations hypocondriaques, état saburral du tube digestif peuvent faire penser à la *mélancolie présénile* ou à la *mélancolie sénile,* d'autant plus que nos sujets présentent justement l'âge de prédilection de ces formes de la lypémanie. On sait, en effet, combien sont fréquentes les idées hypocondriaques dans les cas tardifs de la psychose dépressive.

Mais il n'est guère besoin d'insister sur les caractères distinctifs de la cérébro-sclérose et de ces mélancolies présénile et sénile (l'une différant de l'autre, en ce que la première — la

mélancolie présénile — survient à un âge moins avancé, ne s'accompagne pas de déficit du fonds mental comme la mélancolie sénile et guérit tandis que l'autre aboutit à la démence). La cérébro-sclérose, en effet, comporte des troubles moteurs : tremblements, hémiparésies, ou nerveux : vertiges, ictus, etc., qu'on ne trouve pas dans la mélancolie. Celle-ci, d'autre part, a un mutisme et des réactions spéciales (refus d'aliments, tentatives de suicide) qu'on ne voit pas dans la cérébro-sclérose.

Nous ferons simplement mention, dans ce chapitre, du diagnostic différentiel, de la *presbyophrénie* de Wernicke, à laquelle peuvent seulement faire penser dans les cas relatés par nous l'excitation de certains de nos malades, l'amnésie de fixation et la désorientation. Dans la maladie de Wernicke, en effet, ces symptômes sont beaucoup plus prononcés et s'accompagnent constamment de confusion extrême de l'esprit, de régression de la personnalité, d'affabulation, de délire ecmnésique, de bavardage incessant qui masque une démence profonde. Il peut se faire, cependant, que l'on rencontre des cas où les phénomènes de déficit soient plus marqués que chez nos malades et nécessitent un examen approfondi pour permettre de répudier la presbyophrénie qui peut d'ailleurs s'allier à la cérébro-sclérose.

Le diagnostic différentiel d'avec la *démence sénile simple* ne nous retiendra guère non plus : cette dernière survient d'habitude à un âge plus avancé, ou mieux à une période plus avancée de la sénilisation. Elle est plus profonde que la démence artério-sclérotique, s'accompagne de puérilité d'idées et de langage, de crédulité, d'aboulie, de mobilité excessive, d'incohérence dans le langage, de diminution considérable des sentiments et des affections. La démence artério-sclérotique peut cependant verser dans la démence sénile et l'une se continue souvent par l'autre.

Il est enfin une lésion que l'on doit toujours avoir présente

à l'esprit lorsqu'on rencontre certains symptômes qui reviennent dans presque toutes nos observations : c'est la *pachyméningite hémorragique*. Cette pachyméningite évolue en général en deux périodes : dans la première, des néo-membranes se développent à la face profonde de la dure-mère ; dans la seconde, les néo-capillaires fragiles que contiennent ces néo-membranes se rompent et il en résulte une hémorragie, plus ou moins collectée en hématome, entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde. La première période est souvent silencieuse ; mais elle peut aussi être marquée par des céphalées, des vertiges, de l'embarras de la parole et de la marche, de l'affaiblissement intellectuel, tous symptômes que l'on rencontre fréquemment, nous l'avons vu dans la cérébro-sclérose. Mais les troubles ataxiformes font défaut et c'est ce qui permet le diagnostic — souvent très difficile — entre les manifestations cliniques de ces deux ordres de lésions.

La deuxième période, qui correspond à la formation de l'hématome, débute souvent par un ictus, suivi d'hémiparésie et d'inégalité pupillaire. Mais cet ictus est beaucoup plus violent que ceux de la cérébro-sclérose ; bien qu'il soit moins soudain et plus progressif que celui de l'hémorragie cérébrale il s'accompagne souvent de coma profond ; l'hémiparésie est notablement plus prononcée que dans la cérébro-sclérose ; c'est parfois de l'hémiplégie complète avec contractures et convulsions. Il existe, en outre, des phénomènes qui traduisent l'hypertension cérébrale : œdème et stases papillaires, lenteur du pouls, vomissements, céphalées beaucoup plus douloureuses que celles de la cérébro-sclérose. Vient-on, enfin, à pratiquer la ponction lombaire — il vaut mieux s'en abstenir dans ce cas où elle n'est pas sans dangers — le liquide céphalo-rachidien que l'on retire est jaune ambré, quelquefois même rutilant ; dans la simple cérébro-sclérose il est toujours incolore et limpide.

Ajoutons cependant que la cérébro-sclérose peut parfois se compliquer de pachyméningite hémorragique.

CHAPITRE VI

Anatomie pathologique

Le manque d'autopsies ne nous permet pas d'introduire dans ce chapitre un apport personnel. Les considérations anatomiques que nous avons résumées succinctement dans le Chapitre II relativement à l'artério-sclérose cérébrale, en général, nous dispenseront, d'autre part, de revenir ici sur sur les différentes lésions que l'on peut rencontrer dans l'encéphale des athéromateux. Nous dirons cependant quelques mots des modifications histologiques des hémisphères qui seraient plus particulièrement en rapport, d'après Binswanger et Ladame, avec les manifestations cliniques de la démence artério-sclérotique.

Pour Binswanger (1) il y a lieu de distinguer les altérations de la pie-mère et celles de la substance cérébrale. Dans la pie-mère, le processus intéresse principalement les vaisseaux et débute dans la couche moyenne des artérioles. Il y a une prolifération active des noyaux de la musculeuse et plus tard de l'endothélium. Le produit terminal est une modification de la musculeuse, qui se transforme en tissu conjonctif fibreux. Il y a une artério-fibrose plutôt qu'une artério-sclérose. Dans la substance cérébrale, les fibres tangentielles sont altérées et raréfiées, les cellules ganglionnaires ont subi un commencement de dégénérescence et la névroglie est en voie

(1) Binswanger, XIVe Réunion des psychiatres et neurologistes de l'Allemagne centrale, à Halle (24 et 25 octobre 1908). *Monats. für Psych. u. Neurol.*, vol. XXV, fasc. 2, p. 81, 1909.

de prolifération. Mais, à l'encontre de ce qui se passe dans la paralysie générale, il n'y a ni cellules plasmatiques, ni noyaux en bâtonnets.

Pour Ladame (1), la lésion vasculaire est nettement primitive. On trouve, en outre, toutes les conséquences de la dégénérescence des parois artérielles (anévrismes, hémorragies punctiformes ou plus étendues, foyers de ramollissement). Ces lésions grossières peuvent être en nombre variable : tantôt on n'en rencontre qu'une ou deux dans tout le cerveau, tantôt les hémisphères en sont littéralement farcis. Elles peuvent, en outre, avoir un siège différent : substance grise, substance blanche ou les deux à la fois. Outre ces lésions en foyer, on rencontre des lésions diffuses, surtout dégénératives, atteignant indistinctement tous les tissus. Ladame a remarqué que dans les formes où les lésions diffuses prédominent, l'évolution clinique est rapide, tandis que dans les cas qui comportent surtout des hémorragies et des ramollissements, pourvu du moins que ceux-ci ne soient pas trop considérables, la marche de la maladie peut être très lente et la survie de longue durée.

(1) Ladame, L'histologie pathologique des maladies mentales. *Encéphale*, février 1909. — Sur la démence artério-sclérotique. *Revue médicale de la Suisse romande*, t. XXX, n° 7, juillet 1910, p. 638.

CHAPITRE VII

Evolution et Pronostic

Nos observations ne nous fournissent pas les données nécessaires pour que nous puissions dire d'une façon même approximative quelles sont l'*évolution* et la *durée* habituelles de la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse.

Cependant quelques détails sont à retenir, dans les cas rapportés dans ce travail, qui nous permettent d'entrevoir déjà, à ce point de vue, de nouvelles différences entre cette forme morbide et la méningo-encéphalite diffuse.

Tandis que celle-ci, en effet, est essentiellement progressive, la paralysie cérébro-scléreuse comporte des arrêts, des rémissions et même des régressions. Nous rappelons, à ce sujet, les cas de Po..., de Mme B... et surtout celui de Dus... (Obs. I, II, III).

On a bien signalé des régressions et même des guérisons dans des cas de paralysie générale vraie. Les régressions existent, mais elles sont extrêmement rares et elles ne portent jamais, d'ailleurs, que sur une partie des symptômes. Bien plus souvent, il y a arrêt dans la marche de la maladie, stagnation dans l'état morbide plutôt qu'amélioration véritable. Quant aux guérisons, nous avons vainement cherché dans la littérature médicale une observation probante à ce sujet. Il faut voir d'ailleurs avec quels symptômes les auteurs font quelquefois le diagnostic de paralysie générale!... D'autre part, le nombre de ces guérisons a singulièrement diminué depuis que l'on a découvert, étudié et mieux connu le groupe

des pseudo-paralysies dont certaines, la pseudo-paralysie alcoolique par exemple, comportent à l'exemple de leur congénère cérébro-scléreuse, une évolution beaucoup moins fâcheuse que la méningo-encéphalite diffuse.

La durée de la paralysie cérébro-scléreuse ne serait guère différente cependant de celle qu'on assigne d'habitude à la maladie de Bayle, si l'on s'en rapportait uniquement aux deux observations qui nous donnent des renseignements à ce sujet, celle de Dus... et celle du malade de Kræpelin (Obs. VI et VII) : deux ans dans le cas de Dus..., quatre ans au plus dans le cas signalé par Kræpelin (ce dernier toutefois ne nous dit pas exactement à quelle époque précise remonte le début des *troubles paralytiques* constatés chez son électricien). Quoi qu'il en soit, il serait de la plus haute imprudence de se baser sur deux exemples seulement pour déterminer quelle est la durée ordinaire du type paralytique qui nous occupe, d'autant plus que nous ne savons pas de quoi sont morts ces deux individus : des conséquences naturelles de leur maladie ou bien d'un accident, d'une maladie intercurrente ?

Reste un dernier point que nous voulions signaler à l'attention de ceux qui reprendront cette question : à mesure que le cérébro-scléreux entre davantage dans sa maladie, il semble que les symptômes paralytiques s'effacent, s'estompent (et c'est surtout dans ce sens que l'on peut parler de régression), laissent le premier plan de la scène morbide aux manifestations purement artério-scléreuses qui, elles, se précisent, s'affirment, se développent. Que l'on voie plutôt Mme B... (Obs. II) : elle sort peu à peu de sa confusion, elle se dépouille de cette excitation euphorique qui faisait penser à la méningo-encéphalite, mais elle subit l'insulte plusieurs fois répétée et de plus en plus fréquente d'ictus apoplectiformes (1) dont la gravité paraît aller en augmentant. Que

(1) Ces ictus existent également dans la maladie de Bayle ; mais ils sont moins fréqnents, moins fréquemment renouvelés que dans la cérébro-sclérose et surtout ils sont rarement suivis d'hémiparésie véritable, comme dans le cas de Mme B...

l'on voie aussi Po... : les troubles somatiques qui attiraient l'attention chez lui du côté de la maladie de Bayle se dissipent en très peu de temps. Après un trop court séjour à l'hôpital il rentre dans sa famille, où il suit un régime que l'on devine facilement et le voilà repris de ses ictus larvés : vertiges, éblouissements, dérobement des jambes et il faut qu'ils le malmènent sérieusement pour que, de lui-même, il se soumette à la diète lactée.

Mais cette variation en sens inverse des symptômes paralytiques et des symptômes artério-scléreux ne saurait se déduire d'une façon certaine des faits relatés dans nos observations. Aussi bien n'est-ce là qu'une simple supposition, qu'une simple suggestion que nous soumettons, sous toute réserve, au contrôle des praticiens que la question intéressera. Ce détail, en effet, n'est pas des moins importants et mérite qu'on lui accorde quelque attention, puisque c'est en somme lui, et lui seulement, qui permettra de se prononcer définitivement, dans un grand nombre de cas, entre la méningo-encéphalite et la cérébro-sclérose.

Et ceci nous amène à une conception que nous ne serions pas éloigné d'admettre : la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse est peut-être beaucoup moins une entité morbide, un type pathologique ou clinique distinct qu'une sorte d'état de passage, de transition entre telle et telle forme de la cérébro-sclérose. Parlons mieux : la paralysie cérébro-sclérose n'est que l'événement fortuit d'un moment, une combinaison de circonstances, une apparence que prend la cérébro-sclérose un jour ou plutôt un certain nombre de jours, mais qui se dissipe par la suite ; alors, la cérébro-sclérose s'affirme avec des caractères qui ne laissent plus de doute et le tableau paralytique évoluant dans tel ou tel sens, ou plutôt dans telle ou telle série de faits, devient démence artério-sclérotique (les symptômes physiques s'atténuant et disparaissant) ou hémiplégie organique (une hémorragie cérébrale ou un ramollissement étant venus compliquer la cérébro-sclérose).

Que dire maintenant du *pronostic?* C'est surtout cette

question que nous devons réserver à l'observation de ceux qui nous succéderont dans cette étude. Les exemples du malade de Kræpelin et de Dus... (Obs. VII et VI) ne sont pas faits pour nous rendre optimiste ; mais d'un autre côté, les améliorations réelles dont nous avons été le témoin, à l'hôpital, de Po... et de Mme B..., nous font nous demander si, en somme, le pronostic de la pseudo-paralysie cérébro-scléreuse n'est pas celui même de la cérébro-sclérose en général, c'est-à-dire détestable si le malade ne se soigne pas, beaucoup moins noir, au contraire, s'il consent à exécuter les prescriptions qu'on lui formule et à entrer dans le genre de vie qu'on lui conseille. Voilà qui justifie pleinement le chapitre suivant qui résume les principales dispositions du traitement applicable aux pseudo-paralytiques cérébro-scléreux.

CHAPITRE VIII

Traitement

Nous emprunterons très largement dans ce chapitre à l'article de Grasset, dans la *Semaine médicale* du 19 octobre 1904, où le savant professeur de Montpellier expose si clairement l'hygiène, la diététique et le traitement médicamenteux du cérébro-scléreux.

1° *Hygiène.* — C'est la vie à la campagne qui convient plus particulièrement à nos malades. Ils doivent fuir la trépidation et l'atmosphère encombrée des grandes villes. Pas d'agitations, de préoccupations, d'émotions ; très peu de travaux intellectuels. De l'exercice au grand air, sans jamais arriver à la fatigue cependant. En hiver, éviter le trop grand froid ; en été, se garer des soleils trop ardents. Pas d'intoxication quelle qu'elle soit : renoncer à l'alcool et au tabac et même ne jamais demeurer dans les endroits clos où l'on fume ; veiller à la liberté des émonctoires cutané et rénal ; se purger tous les huit ou quinze jours et s'assurer, au besoin par des laxatifs, une selle quotidienne.

2° *Alimentation.* — Ici nous reproduisons presque textuellement le régime quotidien que conseille Grasset :

A sept heures du matin : un quart de litre de lait dans lequel le malade verse une cuillerée à café de la poudre composée suivante :

Bicarbonate de soude		50 grammes
Phosphate de soude	ÂÂ	25 —
Sulfate de soude		

A dix heures : un quart de litre de lait et un verre à bordeaux d'une eau alcaline légère.

A midi : déjeuner ordinaire (saus gibier, ni conserves).

A quatre heures du soir : un quart de litre de lait et un verre d'eau minérale.

A sept heures : dîner léger (exclusivement lacto-végétarien).

A dix heures : un quart de litre de lait et un verre d'eau minérale.

3° *Traitement médicamenteux.* — L'iodure ne rend guère de services dans la cérébro-sclérose constituée. Il ne peut être employé qu'au début de l'artério-sclérose cérébrale, alors qu'il y a hypertension par spasme vasculaire plutôt que lésion véritable des artérioles.

La strychnine est dangereuse. Le mercure peut être essayé : ce n'est pas, bien entendu, comme médicament spécifique qu'on l'emploie ; il donne des résultats dans les cas qui nous occupent, même lorsque l'absence de syphilis est hors de contestation, sans qu'on puisse s'expliquer autrement le mécanisme de son action. On utilisera la solution suivante :

Biiodure d'hydrargyre	0 gr. 10
Iodure de sodium	0 gr. 20
Cacodylate de soude	0 gr. 50
Eau bouillie q. s. pour	10 cc.

(Injecter 1 centimètre cube tous les jours, pendant cinq ou dix jours ; repos de quinze à vingt jours ; puis, nouvelle série de piqûres pendant deux ou trois mois.)

Si l'on constate une amélioration ou même un arrêt dans l'aggravation des symptômes, on peut reprendre le traitement deux fois par an (au printemps et à l'automne) durant trois mois chaque fois. Nous l'avons employé pour Mme B... (Obs. II) et nous nous en sommes plutôt félicité.

En dehors des périodes mercurielles, le malade se trouvera bien de la médication phosphorée :

Acide phosphorique officinal.....	5	grammes
Phosphate acide de soude.....	10	—
Eau distillée.....	300	—

(Deux cuillerées à soupe, par jour, aux repas.)

Les quantités prescrites durent dix jours. S'arrêter pendant dix autres jours, puis reprendre.

Grasset conseille également les pointes de feu tous les dix jours à la nuque et au haut de la colonne vertébrale. Nous avons vu que le médecin de Dus... (Obs. VI) avait utilisé cette révulsion et quels merveilleux résultats il en avait obtenus.

Nous rappelons encore que Trunecceck (de Prague), partant de ce principe que le phosphate de chaux qui constitue essentiellement les dépôts calcaires de l'athérome doit sa solubilité dans le sérum à la présence du chlorure de sodium et des phosphates de soude et de magnésie et que, d'autre part, l'athérome est principalement observé chez les sujets âgés dont l'organisme est pauvre en chlorure de sodium et les urines hyperacides, a proposé d'injecter sous la peau des artério-scléreux des doses progressivement croissantes (de 1 à 7 centimètres cubes) de la solution suivante :

Sulfate de soude.....	0 gr. 44
Chlorure de sodium.....	4 gr. 92
Phosphate de soude.....	0 gr. 15
Carbonate de soude.....	0 gr. 21
Sulfate de potasse.....	0 gr. 40
Eau..... q. s. pour	100 cc.

(Stériliser à la bougie, car à l'autoclave il se forme quelquefois des précipités cristallins qui rendent l'injection douloureuse.)

Il aurait observé des résultats surprenants et des thérapeutes qui l'ont suivi dans cette voie n'auraient eu, paraît-il, qu'à s'en louer. Ce sérum de Trunecceck solubiliserait les

dépôts calcaires des artères, activerait les combustions et la diurèse en même temps qu'il jouirait d'une action vaso-dépressive des plus favorables. Peut-être donc pourrait-on l'employer dans les cas où l'artério-sclérose sévit sur les centres nerveux.

Nous nous en voudrions, enfin, de terminer ce chapitre sans rappeler le curieux procédé d'hyperhémie passive du cerveau qui a été imaginé et employé par Baccelli, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Rome, et son assistant Galli, pour lutter contre l'artério-sclérose cérébrale. Ces auteurs, estimant que la cause du processus artério-scléreux réside dans les vasa vasorum et que le calibre de ceux-ci se laisse aisément influencer par l'hyperhémie passive, et remarquant, d'autre part, que la stase cérébrale provoquée est exempte de dangers (chez les animaux du moins), eurent l'idée d'enrouler autour du cou de leurs malades un tube élastique qu'ils insufflaient progressivement d'air, de façon à atteindre une pression de 20 à 30 millimètres de mercure. La séance, qui était quotidienne, durait de une demi-heure à deux heures. Quand elle était trop prolongée, il arrivait parfois que le patient présentât le lendemain une tuméfaction légère des paupières.

Cette méthode ne leur aurait jamais donné d'accident et aurait amélioré nombre d'artério-scléreux cérébraux, surtout dans les premières périodes de leur maladie. Dans les formes avancées, par contre, l'efficacité du traitement serait des plus douteuses.

Les auteurs expliquent les résultats obtenus en supposant que le torrent circulatoire, plus abondant dans les vasa vasorum, entraverait et détruirait les proliférations de la tunique interne. Nous avons tenu à citer leur procédé, auquel on ne contestera pas le mérite de l'originalité, mais nous nous gardons bien de le conseiller à qui que ce soit.

CONCLUSIONS

1° On peut rencontrer en clinique des malades, ayant dépassé quarante ou cinquante ans, présentant un ensemble de symptômes physiques et psychiques qui, par leur réunion et leurs caractères, rappellent les signes cardinaux de la paralysie générale progressive.

2° Ces malades n'ont pas eu la syphilis et ne sont pas sous le coup d'une infection ou d'une intoxication apparentes.

3° Par contre, ils sont porteurs de stigmates de l'artério-sclérose et présentent plus particulièrement des symptômes évidents d'artério-sclérose cérébrale.

4° Pour ces raisons, on peut désigner cet état morbide particulier des noms de pseudo-paralysie générale artério-scléreuse ou de pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse.

5° La pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse se distingue essentiellement de la paralysie générale vraie par les caractères suivants :

a) La coexistence des signes de cérébro-sclérose.
b) Une démence moins profonde et moins globale.
c) Des troubles somatiques moins intenses et moins précis.
d) Une fréquence moins grande des délires.
e) Une évolution non régulièrement progressive.
f) La possibilité d'amélioration par un traitement approprié.

g) L'absence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et la réaction de Wassermann négative pratiquée avec ce même liquide (mais le trop petit nombre de faits que nous possédons à ce sujet nous oblige à donner sous toute réserve ces deux derniers signes qui ont besoin d'être confirmés par des recherches plus approfondies).

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
Dr E. RÉGIS.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 décembre 1910.
Le Recteur de l'Academie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

Alzheimer. — Die arteriosclerotische Atrophie des Gehrins. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1895, p. 809.

— Neuere Arbeiten über die Dementia senilis und die auf Atheromatöse.

— Gefässerkrankung. basierenden Gehirnkrankheiten. *Monats. für Psych. und Neurol.*, 1898.

— Die Seelenstorungen auf arteriosclerotischen Grundlage. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1902, p. 695.

— Die stationare Paralyse, anatomischen Teil. *Centralbl. f. Nervenh. u. Psych.*, septembre 1907, p. 696.

Anglade et Ducos. — Paralysie générale sénile. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 11 février 1906.

Arnaud. — Le diagnostic de la paralysie générale. Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, à Toulouse, séance du 2 août 1897.

Ballet (Gilbert) et Rogues de Fursac. — Article « Paralysie générale ». *In* Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud.

Binswanger. — Die Begrenzung der Allgemeine Paralyse. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1895, p. 804.

— Zur Klinik u. pathologischen Anatomie der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen. *Monatsch. f. Psych. u. Neurol.*, 1909, p. 81.

Bravetta de Mombello. — La pression artérielle de la démence paralytique. *Gazzetta medica lombarda*, nos 39 à 43, 1907.

Charpentier. — Les intoxications et la paralysie générale. Thèse de Paris 1890.

Claude et Lhermitte. — De certains états psychopathiques des vieillards liés à la sclérose et à l'atrophie du cortex cérébral. *Encéphale*, 10 septembre 1910.

Conso. — La pseudo-paralysie générale arthritique. Thèse de Paris 1900.

Cramer. — Die nervösen und psychischen storüngen bei Arteriosclerose. *Deutsche med. Wochens.*, n° 37, 1909. 16e Congrès de médecine de Budapest, 7 août 1909.

Cullerre. — De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune. *Annales médico-psychologiques*, 1882, p. 386.

Doutrebante et Marchand. — Paralysie générale sénile. Congrès de Rennes, 1905.

Dubos. — Le diagnostic de la paralysie générale. Thèse de Montpellier 1907.

Dupré. — Psychopathies organiques. *In* Traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, p. 1235.

Ecart. — Paralysie générale à longue durée. Thèse de Paris 1896.

Ferrand. — Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. Thèse de Paris 1902, p. 15.

Gombault et Riche. — Article « Cerveau ». *In* Manuel d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier, 1907.

Grasset. — La cérébro-sclérose lacunaire progressive d'origine artérielle. *Semaine médicale*, 19 octobre 1904.

Herz. — Zur symptomatologie der Zerebralen Arteriosclerose. *Viener klin. Wochens.*, 3 février 1910, p. 159.

Huchard. — Les formes cliniques de l'artério-sclérose. 10e Congrès de médecine interne, tenu à Genève du 3 au 5 septembre 1908. *Semaine médicale*, 9 septembre 1908.

Ingenieros. — Classification des syndromes paralytiques généraux. *Revue neurologique*, 1905, p. 1173.

Jacquet. — Les formes cliniques de l'artério-sclérose. 10e Congrès de médecine interne tenu à Genève, du 3 au 5 septembre 1908. *Semaine médicale*, 9 septembre 1908.

Joffroy. — Anatomie et physiologie pathologiques de la paralysie générale. *Bulletin médical*, 1894, p. 153.

Klippel. — Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale. Classification histologique des paralysies générales. *Arch. de méd. expérim.*, 1891.

— De la pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de médecine*, 1892.

— Les formes spéciales de la paralysie générale. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.

— Les paralysies générales progressives. L'Œuvre médico-chirurgicale, octobre 1898.

KLIPPEL. — La pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de psychologie*, décembre 1899.

— Histologie de la paralysie générale. Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, 1903.

KRÆPELIN. — Introduction à la psychiatrie clinique (Traduite sur la seconde édition allemande, par Devaux et Merklen), 1907, p. 274.

LADAME. — L'histologie pathologique des maladies mentales. *Encéphale*, février 1909.

— Sur la démence artério-sclérotique. *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1910, p. 638.

LAMBERT. — Some types of cerebral arterio-sclerosis. *The Journal of nervous and mental diseases*, XXXVII, n° 2, février 1910, p. 112.

LÉRI. — Le cerveau sénile. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Lille, août 1906. *Semaine médicale*, 8 août 1906.

LONDE. — Article « Artério-sclérose ». *In* Pratique médico-chirurgicale.

MAIRET et VIRES. — De la paralysie générale. Etiologie, pathogénie et traitement. Paris, 1898.

MARCHAND. — Un cas de paralysie générale associée à l'athéromasie cérébrale. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1903.

MARIE. — Des différents états lacunaires du cerveau. Comptes rendus du 13e Congrès international des sciences médicales. Section de neurologie, p. 143. Paris, 1900.

— Des foyers lacunaires de désintégration et de différents autres états lacunaires du cerveau. *Revue de médecine*, avril 1901.

MARINESCO. — Sur le diagnostic de la paralysie générale et du tabes par les méthodes nouvelles. Séance de la Société de biologie, 24 avril 1909.

MORRIS KARPAS. — Paralysie générale de la période sénile. *New York medical Journal*, 25 janvier 1908, p. 157.

OETTINGER. — De l'athérome et de l'artério-sclérose. *In* Traité de pathologie interne de Brissaud et Bouchard, 1902.

OLIVIER. — De la paralysie générale sénile. *Revue de psychiatrie*, août 1906, p. 309.

PÉCHARMAN. — Essai sur les psychoses de la vieillesse. Thèse de Paris 1893.

RÉGIS. — Facteurs étiologiques de la paralysie générale. *Tribune médicale*, 2 septembre 1905.

— Précis de psychiatrie. Edition 1910.

RÉGIS et PERRY. — Note sur l'existence et la fréquence de la paralysie générale sans délire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 novembre 1897.

Rémond et Voivenel. — Le syndrome paralytique général. *Encéphale*, 1909, p. 277.

Roux. — Les causes de la paralysie générale. *Gazette des hôpitaux*, 13 janvier 1898.

Russell. — Some disorders of the cerebral circulation and their clinical manifestations. *The clinical Journal*, 15 et 22 septembre 1909, p. 321, 343, 360 et 377.

Sezesi. — Differential Diagnose der Dementia paralytica, sclerosis multiplex und Lues cerebrospinalis. *Monats. für Psych. und Neurol.*, XXVI, 4 octobre 1909, p. 352.

Serieux et Ducosté. — Etudes statistiques sur les formes cliniques de la paralysie générale. *Progrès médical*, 16 mars 1907.

Teissier. — Communication à l'Académie de médecine. Séance du 25 février 1908.

Toulouse et Marchand. — Paralysie générale sénile. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1903, p. 446.

Vignaud. — Historique de la paralysie générale. Thèse de Paris 1902.

Vigouroux et Laignel-Lavastine. — Quelques formes de la paralysie générale. Congrès de Bruxelles, 1903.

Voisin. — Traité de la paralysie générale des aliénés. Paris, 1879.

Weber. — Des psychoses artério-scléreuses. *Monatsch. f. Psych.*, 1909.

Imprimerie Moderne, 8, rue Paul-Bert. — Bordeaux.

ERRATUM

Page 88, ligne 21, lire :

Dévie-t-il, chauffé à 80°, le complément du sérum hémolytique de lapin ;

Au lieu de :

Permet-il au sérum de lapin, chauffé à 80°, de dévier le complément.